

Suicídio e violência estrutural. Revisão sistemática de uma correlação marcada pelo colonialismo

Recebido: 18.10.19
Aprovado: 13.12.19

Izabel Weber*
Cristiano Gianolla**
& Luciana Sotero***

Resumo: O suicídio é a última das causas externas de morte (CE) (que incluem homicídios e acidentes) a apresentar concentração de casos (80%) em países de baixa e média renda. Há literatura consolidada identificando a violência estrutural como determinante para as CE, mas pouca quanto ao suicídio. O objetivo deste artigo é definir novo marco teórico para o estudo do suicídio como fenômeno social, onde a interação social reflete as marcas do colonialismo. Foram analisados os dados sobre mortalidade do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, Washington, e realizada revisão sistemática da literatura sobre suicídio, violência estrutural, colonialismo, democracia e desenvolvimento, entre 1968 a 2018, seguindo a metodologia Prisma. Centrada na teoria crítica, adotou-se a determinação social como categoria básica para a identificação dos reflexos do colonialismo nos determinantes que caracterizam o perfil epidemiológico do suicídio, tornando possível seu enquadramento como uma “patologia do poder”. Dos dados estatísticos e da revisão sistemática, foram identificados os grupos de risco para o suicídio – os mais afetados pela assimetria de poder, oriunda do colonialismo – mesmo em países de alta renda.

Palavras-chave: Suicídio. Violência. Colonialismo. Democracia. Revisão sistemática.

Suicide and structural violence. Systematic review of a correlation marked by colonialism

Abstract: *Suicide is the last of the external causes of death (EC) to have a concentration of cases (80%) in low- and middle-income countries. There is a consolidated literature identifying structural violence as a determinant for EC, but little regarding suicide. The aim of this paper is to define a new theoretical framework for the study of suicide as a social phenomenon, where social interaction reflects the hallmarks of colonialism. The mortality data from Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, Washington, were analyzed and a systematic review of the literature on suicide, structural violence, colonialism, democracy and development, covering the period 1968 and 2018, was conducted based on Prisma methodology. Centered on critical theory, social determination was adopted as basic category for the identification of the reflexes of colonialism in the determinants of epidemiological profile of suicide, making possible its framing as a “pathology of power”. Statistical data and a systematic review identified the risk groups for suicide – those most affected by the asymmetry of power arising from colonialism – even in high-income countries.*

Keywords: *Suicide. Violence. Colonialism. Democracy. Systematic review.*

* Izabel Weber é gestora em políticas públicas e doutoranda em ciência política no Programa Conjunto de Doutorado entre o Centro de Estudos Sociais (CES) e a Faculdade de Economia (Feuc), da Universidade de Coimbra (UC), “Democracia no Século XXI”, Coimbra, Portugal.
Orcid: 0000-0001-6984-3725
<izabelweber@ces.uc.pt>

**Cristiano Gianolla é pesquisador do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra. Os seus interesses de investigação estão na interseção de estudos interculturais, da democratização e pós-coloniais. Atualmente integra a equipe de pesquisa do projeto Echoes (H2020) e escreveu dois livros e vários artigos científicos.
Orcid: 0000-0002-2809-0453.
<cgianolla@ces.uc.pt>

*** Luciana Sotero é doutora em psicologia clínica pelas Universidades de Coimbra e Lisboa; professora auxiliar convidada

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de mortalidade em escala global, nacional ou local, independentemente do elemento de corte – como gênero, idade, condição socioeconômica, localização geográfica e demais elementos diferenciadores (Nock *et alii*, 2008; WHO, 2014b).

Na área de saúde pública, onde os problemas de saúde são observados com base na população afetada, diversos estudos apontaram para um significativo aumento dos casos de morte por suicídio desde 1950 (Bertolote & De Leo, 2012; Bertolote & Fleischmann, 2002; Hoven *et alii*, 2010; Pompili, 2012; Turecki & Brent, 2016), mas poucos trabalhos empíricos versaram sobre a recente tendência de concentração em países de baixa e média renda (Bantjes *et alii*, 2016; Lemmi *et alii*, 2016).

Segundo a OMS, cerca de 80% dos casos de morte por suicídio, em 2016, ocorreram em países de baixa e média renda (WHO, 2018a). Neste período, foram mais de 800 mil mortes por suicídio no mundo, enquanto foram registrados 477 mil homicídios e 180 mil mortes diretas decorrentes de guerras ou conflitos (Dupuy *et alii*, 2018; Pettersson & Eck, 2018; WHO, 2018c). Sem prejuízo do valor apresentado, essas mortes apresentam as maiores divergências estatísticas. Independentemente da fonte, os dados incluem os conflitos armados com pelo menos 25 óbitos diretos, no mesmo ano civil, com ou sem a presença do Estado, como uma das partes (até mil mortes, denomina-se conflito, acima de mil, considera-se guerra) e não incluem as mortes causadas por intervenções legais (Muggah, 2015).

Em outras palavras, em um mesmo período, 94 pessoas morreram de suicídio a cada hora, enquanto outras 50 foram assassinadas e 21 foram vítimas diretas de guerras e conflitos armados. Foram quase 4,5 vezes mais vítimas de suicídio e 2,6 vezes mais vítimas de homicídio, do que vítimas de guerras e conflitos armados em um ano. Vale ressaltar que as mortes causadas por guerras e conflitos mais que dobraram em relação ao lustro anterior, e a totalidade das mortes deu-se em países de baixa e média renda (WB, 2018a; WHO, 2014a; 2017).

Como a maior parte da população mundial (83,41%) encontra-se nos países de baixa e média renda (WB, 2018b), faz-se necessário esclarecer que a concentração dos casos de mortes por suicídio se mantém, mesmo em números relativos (casos por 100 mil habitantes), variando apenas nos países que apresentam os maiores coeficientes (Värnik, 2012).

Os países de baixa e média renda apresentaram também uma elevada concentração proporcional de casos de homicídio (78,02%), no período citado (WHO, 2017). Essa concentração, contudo, não é recente e diferentemente do significativo aumento das taxas de suicídio, as taxas de homicídio apresentaram um decréscimo de 16%, globalmente, nos últimos 15 anos. Contudo, a redução foi menor em países de baixa e média renda (12%) do que nos países de alta renda (39%) (WHO, 2014a).

Os países de baixa e média renda também concentram cerca de 92% das mortes causadas por acidentes de trânsito (Nantulya & Reich, 2003; WHO, 2016). Esses casos, anteriormente analisados como acidentais, dada a sua natureza (Krug *et alii*, 2000; Mascarenhas *et alii*, 2011), e avaliados por seu significativo impacto no serviço de saúde (Hofman *et alii*, 2005), são atualmente reconhecidos como evitáveis e não randômicos (Jeffrey P. Mckinzie, 2014). De fato, recentes estudos, baseados na concentração de casos por acidentes de trânsito em países de baixa e média renda, demonstraram que analisar as condições socioeconômicas e a correlação de causas externas de morte na determinação dos fatores de risco é mais efetivo na elaboração de ações de prevenção (Denney & He, 2014; Hofman *et alii*, 2005; Krug *et alii*, 2000; Nantulya & Reich, 2003).

As causas de morte são divididas entre naturais e não naturais. As mortes por suicídio, homicídio e acidentes (quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho entre outros) são consideradas causas externas de morte ou não naturais de morte, conforme a Classificação Internacional de Mortes (CID ou ICD – *International Classification of Diseases*) e são subdivididas em violentas (intencionais) ou acidentais (não intencionais).

De acordo com os últimos dados registrados pela OMS sobre as causas externas de morte (WHO, 2018b), essas mortes corresponderam a quase 9% do total dos óbitos registrados nos países de baixa e média renda, enquanto nos países de alta renda corresponderam a cerca de 6% do total, conforme pode ser observado na Tabela 1, abaixo.

Foi observado que quando as taxas de causas externas de morte superam aquelas por causas naturais, significa que ambos os tipos de mortes podem ter uma mesma raiz causal (Chon, 2018). Em um levantamento sobre a realidade britânica entre 2007 e 2009, para cada causa externa de morte ocorrida e sua causa registrada como básica, outros mais de 100 mil casos de morte de qualquer natureza foram registrados, tendo a mesma raiz causal como subjacente ou contributiva para a morte ocorrida (Osinowo & Verne, 2011).

TABELA 1
TOTAL DE CAUSAS EXTERNAS DE MORTE AGRUPADAS POR RENDA NACIONAL E REGIÃO GEOGRÁFICA (2017)

Nível de Renda (BM)			Regiões de acordo com a OMS								"Não clas- sificado/ dados não disponí- veis"	Mundial
PBMR*	PAR**		África	Américas	Mediterrâ- neo Oriental	Europa	Sudeste Asiático	Pacífico Occidental	Residual			
População	6.202.019.744	1.242.137.612	983.398.661	993.357.670	682.330.226	918.445.820	1.948.035.690	1.856.938.252	5.066.450	56.584.587	7.444.157.356	
Total de mortes	46.126.745	10.606.456	7.827.201	7.038.642	4.047.473	9.337.511	14.112.066	14.392.106	258.265	300.063	57.033.264	
Total de mortes por causas externas	3.990.645	622.829	569.986	671.796	489.597	536.228	1.311.255	1.046.667	39.976	52.032	4.665.506	
Acidentes de trânsito	1.308.596	137.739	197.904	182.950	219.658	101.476	387.422	367.651	1.521	22.760	1.458.583	
Mortes de pedestres em acidentes de trânsito	503.757	32.235	68.116	53.512	75.366	28.733	122.071	186.978	213	1.002	534.990	
Mortes de ciclistas em acidentes de trânsito	72.024	6.529	7.878	6.366	8.535	4.609	23.660	28.181	2.350	79.229		
Mortes de motociclistas em acidentes de trânsito	229.887	15.230	16.898	34.317	30.586	8.817	100.384	57.956	6.492	248.958		
Mortes por veículos	410.730	74.602	93.225	77.291	93.837	50.029	102.122	77.070	12.426	493.575		
Outros acidentes de trânsito	8.915	718	1.297	2.121	479	718	2.449	1.960	870	261	9.894	
Outros acidentes com outros meios de transportes	83.282	8.425	10.491	9.343	10.854	8.569	36.737	15.505	438	228	91.936	
Mortes não intencionais (acidentes)	1.530.173	270.665	212.827	194.873	115.450	241.936	595.346	433.607	13.615	7.199	1.807.654	
Quedas	547.671	145.499	38.881	82.915	25.337	103.508	263.308	175.857	4.965	2.600	695.771	
Afogamentos	272.194	21.705	41.557	22.977	23.834	24.148	91.806	88.940	1.949	1.312	295.210	
Por fogo, calor ou substâncias abrasivas	103.406	16.965	26.081	12.632	12.538	19.640	32.725	16.494	520	261	120.632	
Envenenamento por monóxido de carbono	32.365	2.866	2.402	2.178	2.619	10.346	2.457	15.183	297	252	35.483	
Envenenamento por outras causas	34.598	2.055	8.906	2.569	2.635	1.809	6.142	14.537	289	234	36.887	
Por acidentes com armas de fogo	19.954	2.591	6.773	5.884	2.441	3.204	2.071	2.131	89	48	22.593	
Por outras formas de exposição a forças mecânicas	102.691	10.613	17.628	8.889	12.545	9.815	24.691	39.527	809	600	113.904	
Por efeitos adversos a tratamentos médicos	99.432	21.928	19.121	15.553	12.053	16.516	45.607	12.079	643	211	121.571	
Por contato com animais venenosos	70.415	477	8.638	1.330	3.201	559	54.177	2.978	66	56	70.948	
Por contato com animais não venenosos	9.492	607	3.483	822	633	671	2.831	1.651	36	28	10.126	
Por aspiração acidental de corpos estranhos	84.316	31.045	18.858	25.702	6.474	23.240	13.567	27.097	772	349	115.709	
Por contato de corpos estranhos com outras partes do corpo	9.852	1.078	1.835	1.336	1.185	1.445	2.633	2.750	638	11.184		
Acidente ambiental por frio ou calor	45.520	7.723	6.312	2.993	1.495	19.331	15.321	7.737	160	107	53.350	
Por exposição às forças da natureza	6.866	2.636	1.216	1.237	1.106	131	2.517	930	2.466	101	9.603	
Outras mortes não intencionais	91.403	2.878	11.135	7.856	7.353	7.574	35.494	24.716	553	402	94.682	
Mortes Intencionais (mortes violentas)	1.132.427	208.927	147.990	289.703	165.262	185.799	312.178	234.601	9.315	3.494	1.344.849	
Suicídios (violência autoprovocada)	616.094	175.044	64.651	99.454	32.934	143.382	249.881	196.155	7.366	2.686	793.823	
Suicídios por armas de fogo	31.331	32.402	5.499	31.893	2.218	9.190	12.897	1.965	113	42	63.775	
Suicídios por outros meios	584.763	142.641	59.152	67.561	30.716	134.192	236.984	194.190	7.253	2.644	730.048	
Homicídios (violência interpessoal)	374.187	30.484	63.240	188.324	23.053	38.568	53.983	36.366	1.812	676	405.346	
Homicídios por armas de fogo	156.725	17.481	18.421	119.484	6.743	4.586	13.430	10.777	977	213	174.419	
Homicídios por objetos cortantes	85.600	5.568	19.813	27.205	3.944	13.325	13.214	13.556	326	216	91.384	
Violência física por outros meios	131.862	7.434	25.006	41.635	12.366	20.656	27.339	12.032	509	247	139.543	
Violência política (violência coletiva)	142.147	3.400	20.099	1.925	109.275	3.849	8.314	2.081	136	132	145.679	
Conflitos e terrorismo	126.980	2.634	17.528	9	106.362	3.596	974	1.145	106	106	129.720	
Conflitos e execuções envolvendo forças policiais	15.166	766	2.571	1.916	2.912	253	7.340	936	30	26	15.959	

* Países de Baixa e Média Renda. ** Países de Alta Renda.

Fonte: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Available from <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>.

Para a OMS, tanto óbitos relacionados a causas naturais não comunicáveis (como ataques de coração ou câncer), quanto causas externas de morte (acidentais ou violentas) podem apresentar uma mesma raiz causal marcada pela depressão, pelo abuso de álcool ou drogas, reflexo de um contexto de violência (WHO, 2014a). Da mesma forma, um contexto socioeconômico historicamente reforçado de privação, desigualdade, vulnerabilidade e instabilidade, além de condições geográficas e aspectos culturais, está associado ao aumento de causas externas de morte e, por conseguinte, torna-se um fator contribuinte para todos os demais casos de morte daquela localidade, mesmo em países de alta renda (Lampert *et alii*, 2018)

Assim, de modo a desenvolver ações de prevenção mais efetivas, faz-se necessário a avaliação do perfil da mortalidade de uma determinada região e a associação entre as diferentes causas de morte, para compreender a raiz causal de múltiplos casos de mortes evitáveis, bem como o contexto, marcado pela violência e condição socioeconômica desigual, que, historicamente, mata mais uns do que outros (Bantjes *et alii*, 2016).

A epidemiologia crítica baseia essa avaliação em três categorias básicas – a determinação social da saúde, a reprodução social e o metabolismo sociedade/natureza, que, juntas, compõem o referencial teórico que visa discutir a abrangência dos efeitos da acumulação do capital na coletividade, bem como seu caráter histórico e social, visando explicá-lo pela relação entre os aspectos biológico e social (Breilh, 2013).

Assim, com base nessas categorias, os estudiosos da área de epidemiologia crítica buscam explicar os efeitos da expansão da acumulação de capital a partir do ponto de vista econômico, político e social, por meio de mecanismos tecnológicos e culturais; da apropriação assimétrica dos recursos vitais (terra, água e genoma); bem como da desigualdade inerente às relações sociais, referentes ao modo de viver, que marcam diferentemente os grupos sociais – tanto por renda e condição econômica (assalariados, os que vivem em situação precária, os pequenos produtores, a classe média), quanto por questões biológicas e culturais (as mulheres, os não brancos) (Barreto, 2004).

Metodologia

Fonte de dados: a revisão sistemática foi realizada em duas etapas, sendo a primeira exploratória, entre 18 de setembro de 2018 e 13 de dezembro de 2018, e a segunda entre 16 de dezembro de 2018 e 6 de março de 2019. Na primeira etapa, foram analisados 18 bancos de dados (Arca; Assia/ProQuest; Biomed Central; B-On; BVS; Clacso; Cochrane; Ebsco, acesso pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; Érudit; Lilacs; Persée; PubMed/Medline; Sage; Scielo; Scopus; Re-

1. Denomina-se literatura cinza (Laufer, 2007) ou literatura cinzenta (Botelho; De Oliveira, 2015) a literatura institucional, sem o controle de editores científicos ou comerciais.

daly; Web of Science), e a literatura cinza da Organização Mundial da Saúde e seus organismos vinculados¹. A pesquisa foi realizada com a associação dos conceitos de “suicídio” e “violência estrutural” e/ou “colonialismo”, utilizando conectores de acordo com a lógica de cada base e em cada idioma. Os idiomas utilizados na pesquisa foram espanhol, francês, inglês, italiano e português. O período de publicação selecionado foi de 1968 a 2018 e retornou 578.239 itens.

O período se justifica pelo fato de o primeiro documento da OMS sobre prevenção do suicídio datar de 1968. Àquela altura, estimava-se que mil pessoas ao dia cometiam suicídio e que o suicídio poderia ser evitado com ações voltadas para o sistema de saúde. O texto ressaltava ainda a pouca confiabilidade nas estatísticas e na recolha dos dados (feitas ou pelo sistema de saúde, ou pelo sistema criminal local) (WHO, 1968).

Na segunda etapa, definiu-se uma única equação de pesquisa em inglês, com operadores booleanos: (*suicide and “structural violence” and colonial* and democracy and development*) or (*suicide and “structural violence” and colonial* and democracy*) or (*suicide and “structural violence” and colonial**) or (*suicide and “structural violence”*). A pesquisa foi realizada em seis bases/bancos de dados (Arca; Assia; B-On; Clacso/Rydalic; Ebsco; e Persée), abarcando o mesmo período. Foram selecionados apenas elementos textuais nos mesmos idiomas da etapa anterior, excluindo-se a literatura cinza (para manter apenas os trabalhos de teor acadêmico), e retornou 117.985 itens.

As demais bases foram descartadas pelos seguintes motivos:

- i. em sete bases (Biomed Central; BVS; Érudit; Lilacs; PubMed/Medline; Scielo e Web of Science) o conteúdo retornado encontrava-se integralmente replicado nas outras bases de dados;
- ii. duas das bases não retornaram nenhum item (Cochrane e Sage);
- iii. o acesso, temporário, não estava mais disponível para a Universidade de Coimbra (Scopus); e, por fim,
- iv. foi selecionado o banco integrado das bases Clacso e Redalyc.

Estudos selecionados: após a supressão dos textos repetidos (restando 36.575) e da exclusão de artigos estranhos ao tema (restando 26.636), optou-se por selecionar apenas os artigos e textos de livre acesso, restando 536 artigos para análise por apresentarem maior intersecção entre os conceitos definidos previamente, dos quais foram selecionados 21 estudos, conforme os critérios definidos para a inclusão e exclusão expostos no Quadro 1:

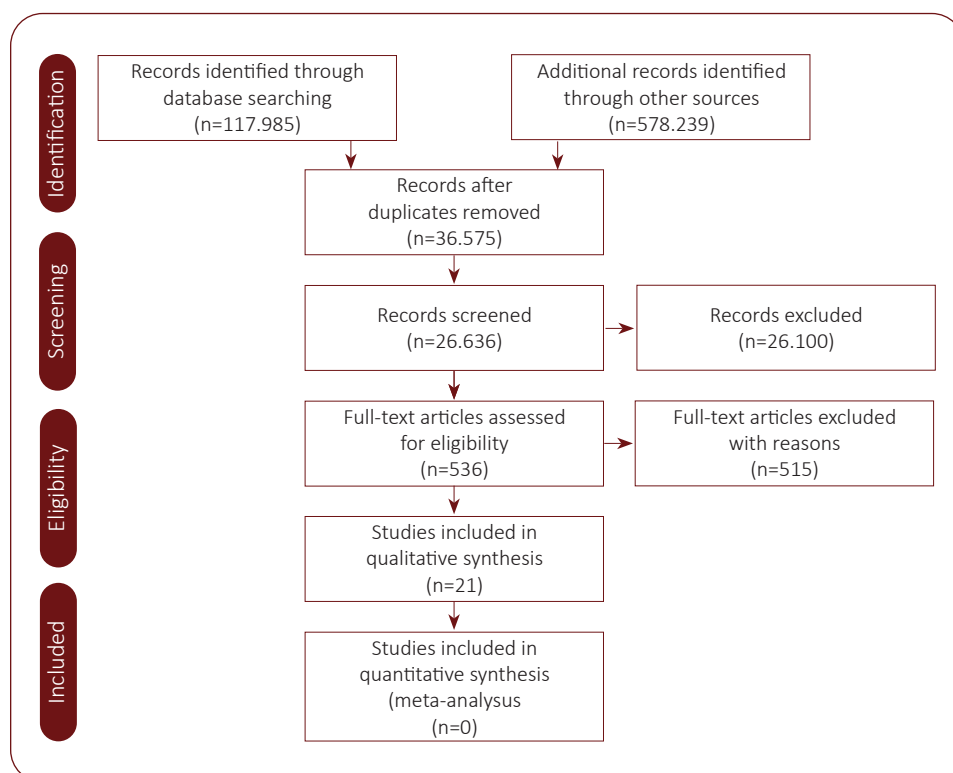
QUADRO 1

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Conceito	Incluídos	Justificativa para Exclusão	Exemplo de Texto Excluído	Descrição	Base de Dados
Geral	1) Foram selecionados os textos que incluíam necessariamente as palavras “suicide” e “structural violence” no corpo do texto e como parte do argumento central.	1.1) Retornaram os textos com apenas uma das palavras selecionadas, ou parte delas, mesmo com a utilização de conectores e caracteres restritivos, como as aspas, pelas ferramentas de busca.	TEIXEIRA C. R., SANTOS C. DA S., PRATES D. B., dos SANTOS R.T., ARAÚJO-SANTOS T., de SOUZA-NETO S. M. <i>et alii</i> . Lutzomyia longipalpis saliva drives interleukin-17-induced neutrophil recruitment favoring Leishmania infantum infection. <i>Front Microbiol</i> [Internet]. 2018.	Aparece apenas a palavra “development” cinco vezes e nunca com o sentido de desenvolvimento econômico.	Arca
		1.2) Os conceitos eram apenas citados em notas de rodapé ou em referências bibliográficas.	VICENTE A. R. T., CASTRO-COSTA É., FIRMO J., LIMA-COSTA M. F., LOYOLA FILHO A. de. Religiousness, social support and the use of antidepressants among the elderly: a population-based study. <i>Cien Saude Colet</i> , v. 23, n. 3, p. 963-971, 2018.	Aparece apenas a palavra “developed”, também sem o sentido de desenvolvimento econômico.	Arca
	2) Esses, foram selecionados os que abordavam a questão do colonialismo, mesmo que de forma indireta: período colonial; influência colonial; estudos pós-coloniais; decolonial.		CROWSHOE L., DANNENBAUM D., GREEN M., HENDERSON R., HAYWARD M. N., TOTH E. Type 2 Diabetes and Indigenous Peoples. <i>Can J Diabetes</i> , v. 42, p. 296-306 Apr. 2018.	1) Os conceitos de suicídio e violência estrutural aparecem apenas nas referências, uma única vez cada; 2) aparece apenas a palavra colonial no texto (“colonial policies”), sem a conceitualização ou correlação necessária.	B-On
	3) Somente foram considerados os textos de acesso aberto.	2.1) Os conceitos apareceriam no corpo do texto, mas não como argumento central.	BECKERLEG S., HUNDT G. L. Women heroin users: Exploring the limitations of the structural violence approach. <i>Int J Drug Policy</i> , v. 16, n. 3, p. 183-190, Jun. 2005.	Apesar da pertinência para a compreensão geral do tema, e da presença de três dos conceitos principais no corpo do texto, o trabalho não foi selecionado pois o suicídio apareceu como questão secundária (parente de um dos sujeitos do estudo de caso).	B-On
Suicídio e Violência Estrutural	4) Foram incluídos aqueles que também apresentavam de forma direta ou indireta os conceitos de desenvolvimento (socioeconômico) e democracia.	3.1) Acesso restrito ao texto, não à base de dados.	DESLANDES S. F., MINAYO M.C. DE S., LIMA M. L. C. de. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. <i>Rev Panam Salud Pública</i> [Internet]. v. 24, n. 6, Dec. 2008.	Os dois conceitos aparecem no corpo do texto, mas o acesso é restrito.	Arca
	1) Foram incluídos apenas os textos que abordavam o suicídio de maneira central	1.1) Excluídos aqueles que apresentavam os conceitos, mas de forma alheia ao tema abordado, como se fossem falsos cognatos (apoptose definida como o suicídio de uma célula)	TOTINO P. R. R., DANIEL-RIBEIRO C. T., FERREIRA-DA-CRUZ M. de F. Evidencing the role of erythrocytic apoptosis in malarial anemia. <i>Front Cell Infect Microbiol</i> [Internet]. 2016. Available from: <www.frontiersin.org>	Aparecem as palavras suicídio, estrutural e desenvolvimento, mas sempre com significado alheio ao tema.	Arca
	2) Foram incluídos os textos que apresentavam o termo exato “structural violence”	2.1) Foram excluídas as palavras apresentadas dissociadas do conceito específico.	FIERKE K. M. Agents of death: the structural logic of suicide terrorism and martyrdom. <i>Int Theory</i> , v. 1, n. 1, p.155-184, Mar. 2009.	O texto aborda questões pertinentes ao trabalho, os conceitos estão no corpo do texto e fazem parte do argumento central, mas o conceito de violência é diferenciado e não associado ao conceito de estrutural.	ASSIA/ProQuest
	3) Nos casos de “suicide bombers”, foram incluídos os trabalhos que os associavam à violência estrutural e que dublamente poderiam ser considerados questão de saúde mental, ou aqueles que, sem uma imediata associação com saúde mental, pudessem, na verdade, ser considerados uma reação à ação política de dominação, segregação e opressão não perceptível.	2.2) Os textos em que o termo aparecia associado, mas o conceito era diverso, foram excluídos.	POLLOCK N. J., NAICKER K., LORO A., MULAY S., COLMAN I. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. <i>BMC Med</i> , v. 16, n. 1, Dec. 2018.	Apesar da grande afinidade com o tema, o autor se refere à violência estrutural, mas a descreve como violência institucional e acaba por reproduzir os conceitos dos textos selecionados, não acrescentando informações, mas corroborando-as.	Ebsco
		3.1) Foram excluídos aqueles com relação exclusiva ao ativismo político consciente.	BRUNNER C. Female suicide bombers – male suicide bombing. Looking for gender in reporting the suicide bombings of the Israeli-Palestinian conflict. <i>Glob Soc</i> , v. 19, n. 1, p. 29-48, Jan. 2007.	Há muita pertinência no papel da violência estrutural na diferenciação de gênero e contribuiu para a compreensão geral do argumento, mas o suicídio não foi abordado pelo aspecto da saúde mental. Foi absorvido no desenvolvimento do marco teórico, mas não na revisão sistemática.	B-On

Pela Figura 1, a seguir, formulada com base na metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), apresenta-se o resumo dos procedimentos adotados na revisão sistemática (McInnes *et alii*, 2018). Apesar de originalmente utilizada para sintetizar estatisticamente os resultados de estudos primários, por meio de meta-análise, segundo diversos trabalhos na área de saúde entende-se que a metodologia Prisma pode e deve ser utilizada, por analogia, em diferentes tipos de pesquisa e, cada vez mais, recomenda-se seu uso como orientação para a elaboração de estudos de revisões sistemáticas, pelo rigor de seu protocolo, de forma a mitigar o risco de vieses, especialmente em estudos de grupos e fatores de risco (Brasil. Ministério da Saúde, 2014; Galvão *et alii*, 2015; Mota de Sousa *et alii*, 2018; Portugal *et alii*, 2018; Selçuk, 2019).

FIGURA 1
DIAGRAMA PRISMA



Fonte: Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. G. *The Prisma Group* (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The Prisma Statement. *PLoS Med*, 6(7). <e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097>. For more information, visit: <www.prisma-statement.org>.

Resultados obtidos

De acordo com o detalhado Quadro 2, observa-se que 38% dos itens (números 2, 4, 7, 8, 12, 14, 15 e 18 do referido quadro) baseiam-se em dados secundários; 24%, em estudos de casos (3, 5, 9, 11, 16); 19% em diferentes tipos de revisões (1, 6, 19, 20); 14% em estudos teóricos (10, 17, 21) e 5% em pesquisa qualitativa (13).

No entanto, em todos esses estudos identificou-se a correlação entre o aumento das taxas de suicídio, em determinados grupos de risco, como consequência da violência estrutural, sendo em 81% (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20 e 21) desses estudos, de forma direta e, em 19% (3, 6, 14 e 17), indireta. Em 19% (1, 13, 16 e 20) dos estudos, essa correlação foi acrescida pela influência do sistema econômico capitalista, sob os conceitos de desenvolvimento tardio e políticas neoliberais, como expressão da violência estrutural, que afeta mais esses grupos de risco.

Em todos os estudos as categorias analíticas de raça e gênero marcaram a identificação dos grupos de risco em contexto de violência estrutural, de forma isolada ou sobreposta entre si – 5% (item 7) –, ou associada com classe social – 20% (6, 9, 16 e 20 –, e outras condições de vulnerabilidade que atingem grupos específicos, como migrantes – 5% (3) – e idosos – 5% (17). De fato, os indígenas apareceram em 48% dos estudos (1, 2, 4, 5; 12, 13, 14, 18, 19 e 21) e mulheres em 38% (3, 7, 8, 11, 13, 14, 17 e 18). Os jovens apareceram como grupo de risco em 38% dos estudos (1, 7, 8, 10, 12, 14, 18 e 19) e, desses, sendo os jovens indígenas caracterizados como subgrupo de risco em 63% (1, 12, 14, 18 e 19); não brancos em 25% (8 e 10) e jovens afrodescendentes em 13% (7).

Entre os fatores protetivos mormente identificados para esses grupos de risco estariam:

- i.* as políticas de diminuição das múltiplas dimensões da desigualdade, sem ferir a valorização e os métodos de produção desses grupos em 48% dos estudos (4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16 e 17);
- ii.* as formas democráticas de governança que propiciem a participação dos grupos de risco no sistema estatal, incorporando as lutas sociais desses grupos à realidade nacional, em 24% dos estudos (2, 7, 8, 11 e 12);
- iii.* o fortalecimento comunitário a partir do respeito às tradições dos diferentes grupos étnicos em 24% dos estudos (1, 4, 8, 16 e 19); e

QUADRO 2

MARCO TEÓRICO COM REFERÊNCIA

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
1	RAMÍREZ, M. et alii. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. <i>Rev Fac. Med. Salud Pública</i> , v. 36, n. 1, p. 55-65, 2018.	Violência Estrutural: com base nos trabalhos de Galtung, assumem que é intrínseca aos sistemas sociais, políticos e econômicos que governam as sociedades, os Estados e o mundo, impondo condições desiguais e injustas a uns para benefício de outros. Colonialismo: processo histórico de dominação. Os autores também fazem uso do conceito de “colonialidade” de acordo com Anibal Quijano, e o define como processo de relações de poder em que se configura o controle econômico, científico, institucional e cultural sobre o outro assim classificado e anulado socialmente.	Parte-se da raça como categoria analítica crítica e identifica-se violência estrutural como causa básica da elevada taxa de mortalidade dos povos indígenas.	Diretos: violência física e sexual, intra ou extrafamiliar; acesso a armas de fogo, álcool. Indiretos: o colonialismo por ter favorecido a aculturação indígena; e o sistema econômico capitalista, com a imposição do modelo agroindustrial.	1) Organização de autogovernos, com controle local condizente com o “buen vivir”. 2) fortalecimento comunitário a partir das tradições. 3) prevenção da integração cultural desvantajosa.	Em todo o mundo se observa que a taxa de suicídio dos indígenas é maior que a da população não indígena, chegando a ser 40 vezes maior no povo Guarani Kaiowa (Brasil). Segundo os autores, o principal subgrupo de risco, dentro do grupo indígena, são os homens, jovens (menores de 25 anos), com baixo nível socioeconômico, escolaridade incompleta e que tiveram contato estreito com o mundo ocidental. Os principais métodos utilizados são o enforcamento e o uso de tóxicos. A diferença de mortes não naturais varia entre 1,5 até 4 vezes mais. Essa variação é afetada pelas condições socioeconômicas desse grupo identificado como de risco.
2	GOSART, U. Structural violence against indigenous peoples: Russian Federation. In: Institute for the Study of Human Rights (Ed.). <i>Indigenous peoples' rights and unreported struggles: conflict and peace</i> , p. 192-261. New York: Columbia University Press, 2017.	Violência Estrutural: percebida pelas desigualdades reforçadas por políticas paternalistas e pouco inclusivas. Colonialismo: Segundo a autora, o reflexo das características vigentes no período colonial e pós-colonial fez-se perceptível nas desigualdades estruturais que afetam este grupo (os indígenas russos) em particular.	Considera a situação de marginalização da população indígena na Rússia como fruto de uma duradoura opressão histórica, mantida pelo ordenamento jurídico e pelas normas sociais, marcada pela violência estrutural que mantém privilégios de uma minoria e aumenta a disparidade de oportunidades políticas e condições sociais. Ressalta a posição oficial de negação da existência de uma realidade assimétrica de poder, por parte do Estado frente à questão indígena, abster-se de votar na Declaração dos Direitos da População Indígena da ONU, em 2007 e em outras oportunidades. Identifica a diferença da mortalidade por causas não naturais (especialmente suicídio, homicídio e acidentes) em grupos indígenas (Nenets Autonomous Okrug, Chukotka Autonomous Okrug, e Arhangelsk Rayon) e não indígenas.	Há políticas para minimizar as diferenças, mas a discriminação introjetada nos agentes públicos acaba afetando a aplicação dessas políticas e reforçando a marginalização. Há uma associação com o alcoolismo, especialmente na Região Norte, com clima mais insólito, retratada por diversos autores locais.	A autora sugere a Forma Democrática de Governança, que propicia a participação da comunidade indígena no sistema estatal, incorporando as lutas sociais desses grupos na realidade nacional do país. Komi Republic and Koryak Autonomous Okrug são áreas com um dos maiores índices de suicídio do mundo. A comunidade Chukchi é a mais afetada pela associação com alcoolismo (de 24% a 55%).	A diferença de mortes não naturais varia entre 1,5 até 4 vezes mais. Essa variação é afetada pelas condições socioeconômicas desse grupo identificado como de risco. Komi Republic and Koryak Autonomous Okrug são áreas com um dos maiores índices de suicídio do mundo. A comunidade Chukchi é a mais afetada pela associação com alcoolismo (de 24% a 55%).
3	PIATTI, M.L. <i>Violência contra las mujeres y alguien más ...</i> [Thesis]. Universitat de València, 2013.	Violência Estrutural: se refere a situações de discriminação, marginalização ou dominação, perceptível pelas características da desigualdade e o grau de injustiça social a que determinado grupo está submetido. Colonialismo: apresenta o patriarcado como legado do colonialismo, revelando-se de diferentes formas: dada as diferenças culturais, os cenários geográficos e os fatores políticos, e o inter-relaciona com outros sistemas de subordinação e exclusão.	Baseada na análise de instrumentos legais, a tese identifica a violência estrutural como raiz causal de diversos problemas que acometem especialmente as mulheres, entre eles suicídio e depressão. Segundo a autora, a violência contra a mulher é estrutural e se distingue das demais formas de violência que atinge outros grupos por ser ela ideológica e instrumental. Para a autora, a base de manutenção e perpetuação dessa violência estrutural está na autoridade patriarcal, que molda todo o sistema jurídico, político e econômico.	Democracia: é preciso superar o modelo de democracia grega que herdamos, baseada na divisão de tarefas e espaços; que encobre práticas milenares de controle patriarcal e submissão do feminino. Sobreposição de fatores por diferentes desigualdades que acometem, por exemplo, mulheres não-nacionais (imigrantes sem documentação legal), a quem se nega atendimento, apoio adequado e, principalmente, proteção e acesso a instrumentos jurídicos de reparação.	Por ser um estudo que tem por base a análise do sistema legal, sua contribuição está na construção de um quadro semântico que define o grupo de risco “feminino”. Sem a apresentação de dados empíricos diretos, apenas secundários, assume o “feminino” como o maior grupo de risco da atualidade, tanto em casos de suicídio, como em outras mortes que se baseiam na mesma raiz causal como depressão, abuso de álcool, enfermidades cardíacas, doenças do sistema imunológico, distúrbios alimentares, entre outros.	Por ser um estudo que tem por base a análise do sistema legal, sua contribuição está na construção de um quadro semântico que define o grupo de risco “feminino”. Sem a apresentação de dados empíricos diretos, apenas secundários, assume o “feminino” como o maior grupo de risco da atualidade, tanto em casos de suicídio, como em outras mortes que se baseiam na mesma raiz causal como depressão, abuso de álcool, enfermidades cardíacas, doenças do sistema imunológico, distúrbios alimentares, entre outros.

Item	Referência	Razão Causa (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
4	CZYŻEWSKI, K. Colonialism as a broader social determinant of health. <i>Int Indig Policy J.</i> , v. 2, n. 1, May 2011.	Violência Estrutural: é a expressão invisível do colonialismo presente na atualidade, que culpabiliza o indivíduo submetido à dominação de outro indivíduo, gerando desconfortos psicossociais.	Ao analisar a diferença de casos de mortes por suicídio e de anos de vida potenciais perdidos para o suicídio, entre indígenas e não indígenas, no Canadá, a autora identifica o colonialismo como "determinante social", apesar de extensa literatura associar os casos de suicídio aos transtornos mentais comuns e ao consumo de álcool.	os elevados índices de depressão (18%) e problemas com álcool (27%) associados aos casos de suicídio.	Empoderamento das comunidades indígenas voltadas para a participação política na área de saúde; reconhecimento e valorização das respectivas culturas indígenas.	Trabalho qualitativo sem base empírica que não a revisão da literatura na área.
		Colonialismo: o passado colonial reflete-se na reação política, econômica e social contemporânea reforçando um discurso específico para a abordagem dos transtornos mentais que contrasta com a das comunidades indígenas, impactando negativamente nos tratamentos e no combate ao problema.	O mesmo ato de negação por parte do Estado, de reconhecer os direitos dos indígenas nativos, foi identificado como reflexo do colonialismo, tal como se observa na recusa do país em assinar a Declaração dos Direitos das Pessoas Indígenas da ONU, em 2007.	Desigualdades no acesso aos serviços de saúde.	Participação social em soluções e métodos de tratamento.	
5	BADAMI, S. Suicide as a counter-narrative in Wayanad, Southern India: The invisible death. <i>South Asian Res [Internet]</i> . v. 34, n. 2, p. 91-112, 17 Jul. 2014.	Violência Estrutural: o autor associa a própria falha na coleta de dados estatísticos sobre um grupo específico e a frágil disposição desses dados como reflexo da violência estrutural sofrida por uma determinada tribo indígena.	"O texto aborda o fenômeno do suicídio entre os Paniya, descendentes de ex-escravos indígenas, dentro do contexto de sua marginalização, como grupo historicamente excluído em todas as esferas: econômica, política e social, por uma violência estrutural promovida conjuntamente pelo Estado e pelo tecido social."	A condição própria do estereótipo do indígena como culturalmente diferente e propenso ao suicídio.	Adoção de linha de crédito para os fazendeiros indianos não resultou na diminuição imediata no caso de suicídio dos Paniya, apenas quando a medida foi associada aos aspectos culturais e garantida por legislação específica e que foi possível observar uma melhoria nos índices de suicídio, independentemente da renda ofertada.	O índice de suicídio dos fazendeiros indígenas Paniya é quase o dobro do índice da população geral da região (composta quase que exclusivamente de fazendeiros indianos) e quase seis vezes superior ao índice nacional. Segundo o autor, ambos estiveram expostos à mesma raiz causal dos óbitos, mas o grupo indígena esteve marginalizado das políticas públicas voltadas para mitigar o problema.
6	FU, M.; EXETER, D. J.; ANDERSON, A. The politics of relative deprivation: A transdisciplinary social justice perspective. <i>Soc Sci Med.</i> V. 133, p. 223-232, May 2015.	Violência Estrutural: é um mecanismo que cria uma distribuição desigual de poder e privilégio em uma população. Toda forma de violência estatal oriunda do sistema colonial, como o racismo institucional, podem ser identificados pela privação relativa entre grupos distintos.	Grupo esse historicamente marginalizado também pela bifurcação política do suicídio como processo exclusivamente de saúde mental.	A ausência de uma visão crítica por parte de agentes estatais, o que o fez identificar uma consequência marginal negativa de uma política pública de saúde mental para a prevenção do suicídio: baseada nas orientações da OMS e destinada a um grupo de risco – os fazendeiros indianos – na verdade, invisibilizou o verdadeiro grupo de risco que viu suas taxas de suicídio crescerem – os Paniya.	A revisão da literatura feita pelos autores mostrou que políticas públicas paliativas ou não influenciaram ou influenciaram temporariamente as taxas de mortalidade.	Por ser uma revisão da literatura focada na análise qualitativa da privação relativa e seus efeitos no sistema de saúde, as evidências empíricas são secundárias.
		Colonialismo: processo histórico político-jurídico de dominação. Novas formas de colonialismo são hoje perceptíveis por novas formas de opressão e marginalização baseadas nas diferenças de gênero, sexualidade, classe, condição de imigrante, idade, religião ou incapacidades.	A privação relativa é geralmente medida pelos aspectos socioeconômicos, mas é preciso associá-la à privação político-legal que, segundo o autor, perpetua as desvantagens políticas experimentadas por determinada população, devido a sistemas de dominação como a opressão de gênero e o racismo, derivados do processo histórico do colonialismo, em favor de um grupo dominante.	Todos os tipos de privação, inclusive a do espaço físico de uma instituição prisional, afetam os índices de suicídio.	O desenvolvimento econômico so é um fator protetivo quando acompanhado de uma mudança na política governamental totalmente estruturada para diminuir as desigualdades em todas as suas formas (política, econômica, social, jurídica), de modo a garantir um resultado positivo de longo prazo.	

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
7	BUCHAN, H. A. <i>Frantz Fanon and the psychology of oppression</i> . New York: Plenum Press; Boston University, 1985.	Violência Estrutural: segundo o autor, é a mais letal forma de violência por ser a menos perceptível e por estar na origem das demais formas de violência. Colonialismo: o conceito aparece associado ao legado do processo de colonização. Novas formas de colonialismo foram sucedidas mas a dinâmica de dominação e opressão continuou e o autor mostra políticas americanas que exemplificam esse fato. O estágio mais opressivo do colonialismo atual é o que ele chama de "autocolonialismo", onde a própria vítima participa ativamente em sua vitimização.	A violência estrutural seria a raiz causal das diversas formas de violência e, para o autor, ela pode ser percebida pelas diferentes taxas de mortalidade, morbidade e encarceramento de um determinado grupo – os não brancos, por exemplo. Para o autor cada localidade adotou sua relação de poder colonial de maneira diferenciada, mas os efeitos sobre a população não branca, especialmente para os afrodescendentes, são os mesmos em todo o mundo, tornando-os um grupo particular de risco. E quanto mais desigual esta relação, mais a população jovem deste grupo é afetada.	Consumo do álcool, abuso de drogas, desemprego, contexto de violência direta e abuso familiar e despossessão de terras, que afetam mais os afrodescendentes e os indígenas nativos americanos. Todos esses fatores, no entanto, são consequência, para o autor, da violência estrutural a que esses dois grupos particulares foram historicamente submetidos.	A adoção de políticas públicas paliativas de proteção desses grupos, como a instituição de reservas indígenas, são pouco efetivas, pois eles continuam segregados e excluídos da violência estrutural em suas diversas manifestações.	Segundo o autor, nos Estados Unidos, quando os índices de suicídio são abordados de forma isolada, as maiores taxas são de homens brancos e avançam conforme idade. No entanto, quando os índices são vistos de forma agregada, investigando outras formas de CE, percebe-se um incremento substancial dos índices, especialmente, entre jovens afrodescendentes entre 20 a 29 anos.
8	WADE, P. <i>Mestizaje, multiculturalism, liberalism, and violence. Lat Am Caribb Ethn Stud</i> , v. 11, n. 3, p. 323-343, 2016.	Violência Estrutural: o autor faz a distinção do conceito de violência em simbólica (que nega e invisibiliza o outro pela identidade, e força a assimilação de um grupo por outro – a mestiçagem); estrutural (que exclui e empobrece, sendo perceptível nas taxas de mortalidade e morbidade); e, por fim, da extirpação (que segrega e torna um grupo desposuído). No decorrer do texto, no entanto, o autor sintetiza todas as formas sobre o conceito "estrutural", e este como originário. Colonialismo: o autor adota o termo de "colonialismo interno" como legado do processo colonial que perpetuou historicamente a relação assimétrica de poder entre os brancos e não brancos, prejudicando especialmente a mulher ao forçar uma cultura de miscigenação.	Violência Estrutural: o autor faz a distinção do conceito de violência em simbólica (que nega e invisibiliza o outro pela identidade, e força a assimilação de um grupo por outro – a mestiçagem); estrutural (que exclui e empobrece, sendo perceptível nas taxas de mortalidade e morbidade); e, por fim, da extirpação (que segrega e torna um grupo desposuído). No decorrer do texto, no entanto, o autor sintetiza todas as formas sobre o conceito "estrutural", e este como originário. Colonialismo: o autor adota o termo de "colonialismo interno" como legado do processo colonial que perpetuou historicamente a relação assimétrica de poder entre os brancos e não brancos, prejudicando especialmente a mulher ao forçar uma cultura de miscigenação.	O processo de urbanização tardia agregou as formas de violência sob a forma da violência estrutural, tornando os jovens não brancos e as mulheres os principais grupos de risco.	Toda uma alteração governamental deveria ser levada a cabo de maneira a empoderar esses grupos de risco na esfera política, econômica e social, incluindo a cultural.	Da mesma forma, as maiores taxas de suicídio entre indígenas americanos, revelado pelo mesmo passado de opressão, foram citadas, mas, como acima, os dados mostrados referem-se aos 30 anos posteriores à II Grande Guerra.
9	MILLS, C. <i>Dead people don't claim – a psychopolitical autopsy of UK austerity suicides. Crit. Soc. Policy</i> , v. 18, 2017.	Violência Estrutural: é a forma de individualizar, medicalizar e patologizar a opressão, sob a forma de transtornos mentais, abuso de álcool em populações historicamente segregadas, de forma a transferir a culpa e a responsabilidade do Estado para o indivíduo. Colonialismo: com base nos trabalhos de Fanon, a autora entende que a violência é inerente ao processo colonial, reforçado ao longo do tempo pela personificação e assimilação dessa relação de poder assimétrica originária.	"Utiliza um quadro analítico de autopsia psicológica para avaliar o impacto assimétrico do colonialismo, da relação colonial." Essa relação assimétrica sujeita determinadas populações à exploração, opressão, deslocamento e desapropriação, marcada principalmente pelas diferenças de raça e de gênero. Com base no argumento de Fanon, o colonialismo é a raiz causal de psicopatologias como a depressão profunda, a intenção suicida e a insônia persistente (patologias do poder).	Todo o tipo de política que agrava a sensação de não pertencimento, desigualdade e privação. Mesmo políticas que não apresentam o corte direto de raça e de gênero, como políticas de austeridade, devem ser compreendidas como principal agravante de intenções suicidas, principalmente para os grupos historicamente dominados.	Políticas de prevenção cultural não podem ser adotadas sem levar em conta as dimensões da violência. O autor citou o exemplo de renovação urbana do Pelourinho no Brasil, que buscou promover a cultura africana e sua contribuição, mas deslocou e segregou toda a população de afrodescendentes do local.	O suicídio foi entendido como um dos sintomas posteriores à crise financeira de austeridade no Reino Unido, devido ao aumento nas taxas de suicídio, especialmente entre aqueles prejudicados pela reforma da Previdência.

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
10	LAURIE, E. W.; SHAW, I. G. R. Violent conditions: the injustices of being. <i>Polit. Geogr.</i> , v. 65, p. 8-16, Jul. 2018 Jul.	Violência Estrutural: baseado na definição de Galtung, os autores definem a violência estrutural como perpetrada no tempo e não claramente perceptível e causa básica de processos políticos e sociais que levam às mortes evitáveis.	A introdução individual da violência estrutural e o contexto espacial de seu exercício transformam uma ação aparentemente individual em claramente social quando um grupo é historicamente marcado por todo tipo de privação de condições.	O próprio sistema capitalista pressupõe condições violentas embutidas no indivíduo que sobrecarrega e traumatiza quando submetidos a qualquer tipo de privação.	Somente a interseção de ações que visem a diminuir todo tipo de privação de condições.	Mais de 40 mil americanos morreram de suicídio por ano e a taxa é quase duas vezes maior entre indivíduos jovens não brancos.
		Colonialismo: com base nos trabalhos de Franz Fanon, os autores percebem o colonialismo como o responsável pela introdução da violência estrutural no indivíduo pertencente a um grupo historicamente oprimido, gerando efeitos psicopatológicos relacionados às condições materiais e mentais.				
11	BRUNNER, C. Discourse – Orientalism – Intersectionality approaching knowledge on 'suicide bombing.' <i>Polit Perspect</i> , v. 11, n. 1, p. 1-25, Jan. 2007.	Violência Estrutural: conjunto de circunstâncias políticas, sociais e econômicas que marcam relações assimétricas de poder e que são personificadas no indivíduo por aspectos culturais e religiosos.	Apesar de tratar o suicídio como forma de ativismo político de resistência à opressão externa, pelo suicídio de homens/mulheres bomba, a autora mostra a violência estrutural como sistematizadora de estigmas opressores que direcionam a escolha, especialmente no caso de mulheres que sofrem uma relação assimétrica de poder, na figura do patriarcado orientalizado.	Desigualdades no exercício do poder e no acesso ao conhecimento.	Democratizar o próprio campo de pesquisa do terrorismo que estigmatiza a violência como inerente a um grupo específico.	Por meio de uma análise qualitativa, define a existência de suicidas homens/mulheres-bomba como fruto de um problema social que tem afetado mais mulheres com o passar do tempo.
		Colonialismo: sistema que, pela violência estrutural, perpetua a relação assimétrica de poder.		O principal fator de risco é a violência institucional, uma das expressões da violência estrutural, pois afeta negativamente a elaboração e implementação de políticas públicas, mesmo que direcionadas a mitigar desigualdades de qualquer sorte.	Leis que combatam a violência institucional.	
12	FREEDMAN, M. Restoring a Mapuche World: resistance to settlerColonialism in Chile's child protection system. <i>Political Science Honors Projects</i> . 2018.	Violência Estrutural: baseado na definição de Galtung, pressupõe a sistematização na estrutura do Estado de uma relação de poder desigual que marca um grupo (em especial as populações indígenas) com chances de vida desiguais- na saúde, nas condições econômicas, sociais e políticas.		Quando a violência estrutural não é levada em consideração em ações de prevenção, estas podem gerar o efeito inverso do proposto. Foi apresentado um exemplo de uma ação específica de um Serviço de Proteção Infantil que ativamente ampliou a violência contra famílias indígenas.	Adoção de políticas participativas e ações comunitárias mais inclusivas.	As taxas de suicídio entre jovens indígenas no Chile são maiores do que as dos não indígenas, variando a proporção pelas condições dos diferentes assentamentos.
		Colonialismo: seria o sistema marcado pela violência estrutural embutida nas instituições do Estado, que garante a contínua marginalização das populações indígenas.				

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
13	URREGO-MENDOZA, Z. C. et alii. Narrativas sobre la conducta suicida en pueblos indígenas colombianos. 1993-2013. <i>Rev For Núc. Salud Pública</i> , v. 35, n. 3, p. 400-409, 2017.	Violência Estrutural: é o resultado de um modelo de poder político desigual e pensado para a opressão, replicado na violência familiar e comunitária.	As condutas suicidas de indígenas no mundo são determinadas pela violência estrutural que nega identidades culturais e submete determinados grupos a uma relação de opressão por meio do colonialismo e seus correlatos – a industrialização, a desapropriação e o extrativismo em áreas indígenas; a deculturação, o racismo e a estigmatização.	A violência de gênero e o pouco acesso ao poder para transformar positivamente a realidade circundante afeta a conduta suicida de mulheres indígenas, que veem no suicídio o último ato de resistência.	Promoção de um modelo de atenção em saúde com enfoque diferencial por etnias, atentando para as especificidades dos diferentes povos indígenas.	As altas taxas de suicídio em grupos indígenas
		Colonialismo: é o sistema que institucionalizou a violência estrutural, orientando políticas de deslocamento forçado, muitas vezes na forma de conflito armado, sem medir o efeito na população civil; políticas de aculturação violenta e excludente; políticas de desapropriação territorial, contrária à cosmogonia indígena, alterando sua dimensão espiritual.		Um contexto de conflito armado, desapropriação territorial e abuso de álcool, ambos reflexos da violência estrutural, afetam a conduta suicida de jovens e adultos indígenas.		Resalta os casos históricos de suicídio coletivo indígena como mecanismo de resistência ao processo colonial opressor. Cita a morte de três mil indígenas em Peñón de Sutausa, no início do período colonial.
14	HARPER, A.O.; THOMPSON, S. Structural oppressions facing indigenous students in Canadian education. <i>Fourth World J.</i> , v. 15, n. 2, p. 41-66, 2017.	Violência Estrutural: apesar de dissociar os termos “violência” e “estrutural” (associados só aparecem em referência), o autor define o conceito como “opressão estrutural”, manifestada sob quatro formas – pobreza, supressão de identidade, racismo e violência de gênero.	A institucionalização da violência estrutural em suas quatro abordagens opressoras encontra-se refletida e reproduzida no sistema educacional, o qual acaba por contribuir com o agravamento da situação de grupos específicos, como os jovens indígenas.	Ambiente de privação material de jovens que, ao ingressarem no sistema educacional, marcado pela violência estrutural, estão mais sujeitos ao uso de álcool, drogas e ao estresse.	Para a autora, o sistema educacional é um dos principais espaços de transformação que pode ser positivo ou negativo. Para ser positivo, deve estar estruturado para combater as quatro formas manifestadas de opressão.	Os indígenas do Canadá estão desproporcionalmente associados à pobreza e outras formas de privação.
		Colonialismo: o processo colonial deu origem à conjunção dessas violências opressoras e as consolidou.	Ao invés do acesso ao sistema educacional se tornar um meio de prevenção e diminuição de desigualdades, sem a associação com políticas de valorização cultural, acaba sendo a origem das outras formas de opressão, inclusive da pobreza.	Ausência de apoio às mulheres vítimas de misoginia.		
15	MASSE, R. Between structural violence and idioms of distress: the case of social suffering in the French Caribbean. <i>Anthropol Action</i> , v. 14, n. 3, p. 6-17, Jan. 2007	Violência Estrutural: conceito central para a antropologia médica crítica adotada pelo autor segundo a definição de Paul Farmer, ou seja, como reflexo social dos mecanismos de opressão. É a violência exercida sistematicamente por todos que pertencem a uma determinada ordem social, contrariando a cultura dominante, que busca atribuir ao indivíduo o controle e a responsabilidade por suas ações.	Os aspectos políticos, econômicos e sociais do colonialismo são sentidos pelo Estado, sob a forma do “neocolonialismo”, hoje manifestado pela dependência econômica e pela predominância da atividade econômica agroexportadora, baseada na transferência de recursos para o antigo colonizador e afins (França, neste caso específico e seus atuais parceiros comerciais).	A própria situação de Estado com passado colonial, marcado pela dependência econômica e política e perpetuado culturalmente, gera as patologias do poder.	Segundo o autor, torna-se imperativo abordar as causas externas de morte, incluindo o suicídio, como “patologias do poder”, de maneira a recuperar as sociedades marcadas por um passado colonial.	A partir de 1990, os casos de morte devido à depressão, ao suicídio e ao abuso de drogas dobraram na Martinica, atribuídos, pelo autor, ao aumento da desigualdade e da marginalização.
		Colonialismo: o autor adota o termo de sociedade pós-colonial para se referir à Martinica após a independência do processo colonial, explicando que o colonialismo mudou de forma mas não de objetivo – a imposição e a manutenção de uma relação desigual de poder.	Essa dependência gera uma falsa ideia de desenvolvimento econômico, que, no entanto, mantém a mesma estrutura de exploração do período colonial, e mantém, também, a mesma dependência política nas relações de poder internacional, sob a forma de uma violência cultural.	Os efeitos políticos, econômicos e culturais da violência estrutural têm um impacto no desenvolvimento do sofrimento mental e social, mesmo os índices de suicídio sendo menor na Martinica do que França, os grupos de risco são os mesmos.	Problemas estruturais demandam soluções estruturais que visem corrigir as históricas assimetrias de poder político e econômico, que se inter-relacionam com os significados culturais, a experiência social e a subjetividade.	

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
16	SRIKANTIA, J. The structural violence of globalization. <i>Crit. Perspect Int. Bus.</i> , v. 12, n. 3, p. 222-258, 2016.	Violência Estrutural: com base nos conceitos desenvolvidos por Galtung e Farmer, define-se como a conjunção das dimensões sociopolítica, econômica, física e legal que constrói e mantém uma relação assimétrica de poder que privilegia um grupo em detrimento de outro. Essa violência é estrutural por produzir sistematicamente efeitos negativos, no âmbito da saúde pública, em grupos historicamente oprimidos, refletidos nas "patologias do poder". Colonialismo: considera como uma relação de dominação sobre as pessoas e a natureza que, juntamente com o eurocentrismo, submete grupos específicos a uma privação de condições materiais, mas também moral, cultural e ideológica. Desenvolvimento: aparece como uma cobertura ideológica que mascara sistematicamente a violência estrutural e a relação de dominação e exploração que a originou e que define e determina a pobreza e a desigualdade de um grupo.	O artigo se divide em duas partes – uma teórica e um estudo de caso. Na primeira parte, além das definições ao lado, o autor estabelece a distinção entre comunidades tradicionais sustentáveis e aquelas empobrecidas. Ambas são afetadas por uma ideologia desenvolvimentista marcada por violências estruturais que mascaram a consolidação das comunidades tradicionais sustentáveis. Foi justamente sob a justificativa do "desenvolvimento econômico e social" que muitas ações promovidas, marcadas pela violência estrutural, foram adotadas, tais como: desapropriação, deculturação, exploração e expropriação de recursos naturais.	A crise ecológica advinda de políticas de desenvolvimento econômico, implementadas pelo Estado e marcadas pela violência estrutural.	Preservar e promover as comunidades sustentáveis tradicionais, protegendo-as de um desenvolvimento econômico ideológico.	Segundo o autor, o moderno capitalismo global, denominado de necrocapitalismo é responsável pelo aumento de índices de suicídio, bem como pela situação de risco das populações em áreas de barragens.
17	LEMONIUS, M. Deviously Ingenious: British Colonialism in Jamaica. <i>Peace Res.</i> , v. 49, n. 2, p. 79-103, 2017.	Violência Estrutural: baseado nos trabalhos de Galtung, assevera que é a violência imposta por um pequeno grupo de privilegiados para manter seu poder, por mecanismos contínuos de manipulação e exploração de um grupo marginalizado, negando a eles as suas necessidades básicas. Colonialismo: sistema de poder que nega historicamente a formação de consciência e a mobilização sob a forma do racismo, sexismo e pobreza.	O sistema heteropatriarcal colonial britânico impôs construtos socioculturais e estruturais de gênero e raça sobre a população local. A violência estrutural é o mecanismo que manteve e atualizou este padrão de poder e marcou a busca pelo desenvolvimento econômico do Reino Unido às custas da exploração colonial e, posteriormente, comercial da Jamaica.	A aferição da desigualdade de gênero é uma medida da violência estrutural observada em casos de suicídio e até de doenças infecciosas.	Apenas políticas estruturais voltadas para diminuir a extrema desigualdade econômica e social, associadas a políticas que visem combater o racismo e o sexismo podem apresentar um efeito positivo consolidado nos índices de mortalidade.	Perceber o colonialismo como ferramenta psicológica, criada pelas elites econômicas e políticas britânicas, para sustentar seu poder no decorrer do tempo, gerando corpos e mentes fragmentados na Jamaica, que diretamente afetam a saúde mental da população.
18	YURASEK, E. <i>Native American and Alaskan Native youth suicide</i> . HIM 1990-2015. [Thesis] University of Central Florida, 2014.	Violência Estrutural: é teoricamente descrita como o modo que as instituições sociais, econômicas e políticas podem afetar negativamente um dado grupo populacional, por outro. Colonialismo: apresentado atualmente sob o conceito de "pós-colonialismo". A continuação do processo colonial perpetrou a relação assimétrica de poder, afetando negativa e continuamente a população de sobreviventes abusados no passado colonial.	Usando os conceitos de biopolítica, pós-colonialismo e violência estrutural, o autor argumenta que as instituições sociais e políticas impostas às comunidades indígenas americanas levaram ao aumento do abuso de álcool e drogas, à pobreza e à exclusão da participação no poder decisório, sendo todos esses fatores causais na epidemia de suicídio de jovens indígenas americanos.	Todas as formas estruturais de desigualdade: pobreza, racismo, sexismo, alienação, discriminação e rejeição promovidas pelas instituições escolares e de saúde, bem como pelos responsáveis sociais, tornam-se agravantes e levam ao abuso de álcool, drogas e ao suicídio.	Competências críticas culturais devem ser observadas e implementadas por aqueles que desenham as ações de prevenção e programas de atenção à saúde, pois cada grupo possui tradições e concepções culturais que precisam ser previamente conhecidas. Como o problema é estrutural e afeta diversas dimensões, as políticas de prevenção devem ser tratadas de forma combinada, com foco em diversos problemas – abuso de álcool, drogas, suicídio, violência sexual.	Mulheres americanas nativas entre 15 e 19 anos aparecem como mais significativamente em risco de comportamento suicidário, comparativamente àquelas não brancas, na mesma faixa etária. Em pesquisa realizada com estudantes secundaristas de origem nativa de uma determinada comunidade, registrou-se um percentual de 16% de tentativas de suicídio entre esses estudantes nos 12 meses que antecederam a pesquisa.

Item	Referência	Raiz Causal (conceitos utilizados)	Abordagem Teórica	Fatores de Risco	Fatores Protetivos	Resultados/Achados
19	MASCAYANO, F. et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. <i>Rev. Fac. Cienc. Med.</i> , v. 73, n. 3, p. 295-303, 2015.	Violência Estrutural: é a conjunção de todas as formas de violência em todas as dimensões da vida social – física, sexual, intramiliar, instabilidade política, econômica e social. Colonialismo: é apresentado como a imposição de uma modernidade alheia à realidade local e uma das formas que o sistema de poder político legado do colonialismo impôs à sociedade latino-americana, afetando especialmente os jovens indígenas. Esta imposição se baseia meramente em aspectos culturais, mas está embutida na estrutura social, econômica e política das sociedades de passado colonial.	Um contexto de violência estrutural deve ser considerado para a compreensão do suicídio entre os jovens indígenas, para quem o ato de suicídio é uma expressão final de angústia, medo e sofrimento. Especificamente no caso da América Latina os autores identificaram diferentes formas de expressão dessa violência sob os conceitos de “familismo”, machismo e a influência de aspectos culturais e religiosos.	Coletivo: Dinâmicas sociais como desigualdades no acesso à saúde, instabilidade social e política, representações midiáticas de vítimas de suicídio e famílias, altas taxas de distúrbios afetivos como depressão e transtornos bipolares, violência familiar e outros tipos de abusos. Individual: correlação com as principais desordens mentais – depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, dependência do álcool.	É altamente recomendável que tanto o estudo quanto a intervenção do suicídio incluam orientações e valores culturais de cada comunidade. As intervenções, para serem efetivas, precisam considerar mais do que apenas dados epidemiológicos de prevalência e incidência. Elas devem considerar as evidências de fatores potenciais relacionados ao suicídio, como os socioculturais históricos, que afetam a probabilidade.	De acordo com recente pesquisa chilena, a falta de um tratamento adequado no caso de desordens mentais crônicas aumenta em oito vezes o risco de suicídios em pacientes que sofrem de esquizofrenia.
20	SPARKE, M. Austerity and the ill-health: Towards a theory of biological sub-citizenship. <i>Soc. Sci. Med.</i> , v. 187, p. 287-295, Aug. 2017.	Violência Estrutural: é a junção da violência política e econômica sob a forma da imposição de políticas de austeridade (privatização e cortes de investimentos em áreas sociais, reformas previdenciárias), associada a outras formas de desigualdade social, como o racismo, o sexismo, gerando o que considera de uma subcidadania biológica. Colonialismo: é o sistema que institucionaliza a violência estrutural prolongando seus efeitos no tempo.	Baseado em Farmer, o autor entende que os efeitos específicos do colonialismo, incorporados pelo ajuste estrutural, são percebidos pela interseção de muitas outras formas de violência que compõem a estrutural, como o patriarcado, o racismo e as demais formas de desigualdade e exclusão, legadas do colonialismo.	Políticas neoliberais de promoção da austeridade, levadas a cabo pelo próprio Estado.	Para garantir uma cidadania biologicamente emancipada, as políticas públicas de prevenção devem ser elaboradas e implementadas de forma participativa (e não top-down). Em última análise, o estudo da subcidadania biológica força o repensar tanto dos determinantes sociais quanto das determinações sociais da saúde, complementando a análise epidemiológica de métricas de desigualdade com análises sociais e políticas críticas.	Políticas de austeridade estão diretamente associadas ao aumento de casos de suicídio em período imediatamente posterior à sua imposição, em diferentes países, com semelhança na identificação dos grupos de risco.
21	CLARKE, M. A.; BYRNE, S. The Three Rs: Resistance, Resilience, and Reconciliation in Canada and Ireland. <i>Peace Res.</i> , v. 49, n. 2, p. 105-132, 2017.	Violência Estrutural: é compreendida como a imposição sistêmica das desigualdades que se tornaram normalizadas dentro do próprio Estado. Colonialismo: seria o sistema de violência que inclui a violência direta e a estrutural, com o uso coercitivo do poder, por exemplo, sobre os povos indígenas – quando o poder colonial se sobrepôs a um grupo de pessoas, mesmo em bases territoriais distintas.	O colonialismo é um processo complexo cujos traumas continuam intergeracionalmente e continuam por meio dos próprios órgãos governamentais, a exemplo da Irlanda do Norte e do Canadá, submetidos a um mesmo dominador. Segundo os autores, houve dominação nos dois casos, mas a colonização dos povos indígenas no Canadá, em comparação aos republicanos nacionalistas católicos da Irlanda do Norte, foi mais violenta e continuada, durante o século XXI, por meio dos desequilíbrios estruturais políticos, econômicos, culturais e sociais.	Segundo os autores, os efeitos mentais, emocionais e espirituais podem se perpetuar aumentando o risco em casos externos de morte.	Os Três Rs (resistência, resiliência e reconciliação) são identificados como contribuições indígenas tanto para a construção da paz, quanto como solução contra a violência estrutural experimentada por grupos segregados na Irlanda e no Canadá.	Mesmo com a adoção de políticas públicas voltadas para minimizar o impacto de alguns problemas estruturais, percebeu-se um agravamento nas taxas de suicídio da Irlanda do Norte em relação ao Reino Unido, pois as causas estavam relacionadas aos traumas individuais não resolvidos na infância, no auge do período de uma política impregnada pela violência estrutural.

iv. a implementação de instrumentos jurídicos e políticos que promovam a igualdade de gênero, raça e etnia, em 19% dos estudos (3, 5, 7 e 12).

A revisão sistemática realizada corrobora a alteração no perfil epidemiológico, mas ainda não foi sistematizado um corpo teórico comum condizente com os achados estatísticos, diante da abrangência na definição dos conceitos. Neste sentido, o Quadro 3 apresentará os resultados obtidos dos documentos selecionados e o enquadramento dado pelas autoras e pelo autor, a partir dos conceitos utilizados.

Discussão

As primeiras correlações para o enfrentamento global do fenômeno do suicídio, promovidas pela OMS, em 1968, foram estabelecidas com as doenças mentais e a dependência ao álcool. Sem indicações ou evidências científicas claras, apresentou-se a premissa de que o suicídio estaria associado a “um pedido de ajuda” e “não a uma vontade de morrer”. Não houve menção às diferentes manifestações da violência, nem sob o aspecto da desigualdade, mas ressaltou-se que “pesquisas mostraram que o suicídio em países em desenvolvimento é um problema mais importante do que o anteriormente suspeitado” (WHO, 1968).

Este comentário, mesmo se tratado de forma incipiente, relata o indício de uma transformação do perfil epidemiológico relacionado ao fenômeno do suicídio. Justamente na virada das décadas 1960 e 1970, a relação entre as etapas do desenvolvimento econômico, da renda nacional e individual e da mudança progressiva no perfil epidemiológico foi estabelecida, com base nos trabalhos de Frederiksen (1969) e Omran (2005).

A partir desses trabalhos, estabeleceu-se a correlação entre o perfil epidemiológico dos países e o correspondente contexto do desenvolvimento econômico. Por um lado, segundo esses autores, as principais causas de morte refletem a fase do desenvolvimento em que determinado país se encontra e, por outro, geram impactos no sistema de atendimento à saúde que necessitam de políticas públicas de longo prazo, de maneira a impedir uma reversão das melhoras alcançadas na qualidade de vida dos cidadãos. Neste sentido, uma tendência de casos em determinado contexto indica a consolidação de uma fase econômica e apontam para seus principais problemas que devem ser enfrentados por essas políticas públicas (Feroz *et alii*, 2018), conforme Quadro 3, abaixo.

QUADRO 3
ENQUADRAMENTO CONCEITUAL COM BASE NA REVISÃO SISTEMÁTICA

Dimensão	Características protetivas	Fatores de risco	Manifestação da violência estrutural	Mecanismo de difusão da violência estrutural	Principais fatores de risco	Consequências para Saúde
Política	Democracia consolidada e estável	Democracias híbridas, ou frágeis ou autoritárias e possível instabilidade política	Dominação	Colonialismo	Segregação Política	Aumento das taxas de mortes evitáveis (comunicáveis, não comunicáveis, acidentais ou violentas)
	Participação política ampliada	Participação política média			Desencanto com as instituições políticas	Aumento das mortes por consequência de transtornos mentais comuns
	Estabilidade jurídica	Contexto legal inadequado			Baixa participação política	Aumento das mortes em populações com acesso mais restrito ao sistema de saúde
	Adequada infraestrutura de comércio exterior	Nível tecnológico mais reduzido			Gentrificação urbana	Aumento das mortes em populações com baixa escolaridade
	Adequada infraestrutura de transporte, comunicação	Infraestrutura em ampliação, porém ainda inadequada			Restrição indireta de acesso aos serviços de saúde por meio de políticas públicas não inclusivas e baixo investimento em educação	Diferenças significativas em todas as taxas de mortalidade devido ao gênero, opção sexual, raça, etnia, nacionalidade, renda
	Sector energético independente autônomo	Sector energético autônomo			Restrição indireta de acesso aos serviços educacionais por meio de políticas públicas não inclusivas, baixo investimento em educação e nos profissionais da área	Aumento das mortes por causas externas (suicídio, homicídio e acidentes), com diferenças significativas devido ao gênero, opção sexual, raça, etnia, nacionalidade, renda e condição de vida
	Acesso aos serviços de saúde ampliados	Acesso aos serviços de saúde mais reduzidos			Diferenças de gênero, raça, etnia nos processos jurídicos e prisionais	Aumento das taxas de mortes violentas
	Acesso aos serviços educacionais ampliados	Acesso aos serviços educacionais mais reduzidos			Restrição à imigração	Homicídios e suicídios motivados por condição econômica (desemprego, endividamento)
	Acesso aos serviços de telecomunicações ampliados	Maior concentração dos meios de telecomunicação			Maior volatilidade em atividades que demandam engajamento	Homicídios e suicídios motivados por questões de gênero ou opção sexual (feminicídio, homofobia)
	Libertades políticas garantidas	Restrição de certas liberdades civis			Políticas de austeridade (privatizações e reformas previdenciárias)	Homicídios e suicídios motivados por racismo
Econômica	Economia de mercado diversificada	Economia dependente de alguns produtos	Exploração	Neoliberalismo	Desigualdade de renda	Homicídios e suicídios motivados por xenofobia
	Prevalência do setor industrial	Prevalência do setor de serviços e agroexportador			Segregação econômica	Homicídios e suicídios motivados por conflitos religiosos
	Desemprego controlado	Nível de desemprego médio a alto			Vulnerabilidade	
	Menor desigualdade de renda	Maior desigualdade de renda			Desemprego	
	Maior renda individual/renda <i>per capita</i> elevada	Renda individual/renda <i>per capita</i> de média a baixa			Precariedade	
Social (cultural, ideológica e moral)	Menor taxa de pobreza	Taxa de pobreza média a elevada	Exclusão/ segregação/ discriminação	"Patriarcado (conservadorismo)"	Endividamento	Aumento das mortes por causas externas (suicídio, homicídio e acidentes), com diferenças significativas devido ao gênero, opção sexual, raça, etnia, nacionalidade, renda e condição de vida
	Crescimento constante	Altos índices de crescimento econômico (pebo menos 5% ao ano) ou muito baixos a elevado, porém muito variado internamente			Pobreza	
	Elevados padrões de qualidade de vida (IDH entre outros)	Padrões de qualidade de vida médio a elevado, porém muito variado internamente			Desigualdade racial/étnica	
	Baixa taxa de mortalidade	Taxa de mortalidade de média a elevada			Desigualdade religiosa	
	Maior expectativa de vida	Expectativa de vida de média a baixa			Desigualdade de origem/nacionalidade	
	Maior e mais qualificado nível educacional	Nível educacional de médio a baixo			Desigualdade de gênero	
	Libertades civis equiparadas por gênero e opção sexual	Índices de violência contra mulher e comunidade LGBTQ mais elevados				
	Igualdades civis entre diferentes grupos raciais/étnicos/estrangeiros	Taxas de saúde e escolaridade diferenciadas por raça/etnia/nacionalidade				
	Liberdade religiosa	Conflitos religiosos				
	Cidades com áreas mais urbanizadas	Cidades com médio a baixo nível de urbanização				
	Políticas ambientais promovidas	Políticas ambientais menos efetivas				

Esses trabalhos identificaram a desigualdade econômica existente e persistente no tempo, a pobreza, a exclusão e as disparidades sociais como problemas e fatores de risco que impactam o perfil epidemiológico local, mesmo em países de desenvolvimento consolidado, influenciados por um contexto de violência.

A violência definida como estrutural foi ressaltada, basicamente nesse mesmo período mas, no âmbito das pesquisas para a paz (Pannenberg, 1979). Apesar de registros anteriores do uso do conceito de “violência estrutural” em textos latino-americanos (Arroyo, 1968), apenas no ano de 1969 a definição do termo é atribuída a Galtung, associada ao conceito de injustiça social perpetrada no tempo por essa violência. O intuito inicial do autor é definir a paz como ausência de violência, sendo necessário, portanto, especificar a qual tipo de violência ele faz referência (Galtung, 1969).

O termo genérico violência, em si, é um conceito abstrato, dinâmico e contextualizado para Galtung. Como exemplo, o autor cita a morte por tuberculose no século XVIII como pouco relacionável à violência, mas a ocorrência de morte por tuberculose no século XX, diante de todo o avanço e os recursos médicos disponíveis no mundo, tem a violência estrutural como causa precípua. Segundo Galtung, as diferentes desigualdades sociais, econômicas e políticas, especialmente a sobreposição delas e a tendência de agravamento das faces da desigualdade, são consequências diretas da violência estrutural, perceptível, por exemplo,

por taxas diferenciais de morbidade e mortalidade entre indivíduos de um mesmo município, entre municípios de uma mesma nação, e entre nações no sistema internacional (Galtung, 1969: 177).

Para o sociólogo norueguês, o agravamento e a concentração de todos os tipos de causas externas de morte refletem o caráter não randômico da distribuição e dos efeitos dessas mortes prematuras e a violência estrutural passa a ser a principal determinante social, a qual o autor já associa aos efeitos do colonialismo (Galtung, 1981a; 1981b; 2005; 2009). Posteriormente, e com base nos trabalhos de Galtung, Paul Farmer afirma haver uma relação direta e causal entre a violência estrutural e a desigualdade de uma minoria, menos predisposta à morte prematura, e uma maioria mais vulnerável aos fatores de risco que levam às mortes evitáveis. Essas – segundo o autor – seriam consideradas “patologias do poder”, onde a discriminação e a pobreza aparecem como os principais fatores de risco (Farmer, 2003). Contudo – argumenta Farmer –, é preciso ir além da identificação dos determinantes sociais que caracterizam a matriz de risco dos mais suscetíveis às causas externas de morte, é preciso identificar o mecanismo processual que resulta no efeito patogênico de todas as formas de desigualdades sociais – raça, etnia, gênero, renda, idade (Farmer, 2004; Farmer *et alii*, 2006).

A determinação social desse processo baseia-se nos mecanismos de violência cultural e simbólica oriundos do histórico colonial – discriminação, exploração, escravidão e patriarcado. A estrutura incorpora o mecanismo de reprodução tanto da violência direta, originada desse padrão político, quanto indireta, proveniente do padrão econômico dele decorrente – o neoliberalismo – que reforça e legitima um contexto de exclusão e desigualdade, mantendo marginalizado o grupo mais suscetível ao “sofrimento social” (Rylko-Bauer & Farmer, 2017).

Assim, o processo de determinação social de um contexto de violência estrutural é identificável quando essa violência é julgada como causa das patologias do poder. Em outras palavras, quando estruturas culturalmente marcadas pelas características que envolveram o colonialismo – discriminação e exploração sistemática – estão associadas a um risco maior de mortes evitáveis por um grupo marginalizado, onde a pobreza e todas as formas de exclusão (raça, etnia, gênero, etária) estão entre os determinantes sociais que tornam um grupo social específico (o povo, ou não povo) mais vulnerável.

Desde a instituição da OMS, em 1948 (WHO, 1948a; 1948b), e dos relatos das primeiras reuniões sanitárias internacionais (Paho, 1905), as mortes associadas a um contexto de violência foram tratadas como problema de saúde pública, mas de forma genérica e relacionada a casos isolados (Paho, 1969; WHO, 1958; 1959; 1968; 1974). Sem uma percepção sistematizada sobre os efeitos da violência e sendo muito heterogênea e ampla sua definição, não era possível relacioná-la, adequadamente e de forma científica, aos diferentes casos de morte.

Desde a década de 1960, alguns autores e autoras, que se tornaram mais conhecidos na década de 1980 (Guerrero, 2002), perceberam a violência em suas múltiplas dimensões, suas associações diretas e indiretas com todos os casos de morte, bem como sua relevância como grave problema de saúde pública (Paho, 1990; 1993; 1994; 1995; 1996b; Restrepo, 1994). Justamente, nas discussões da OMS nas Américas é que foram ressaltados conceitos como violência estrutural (Paho, 1994; 1995), violência política, econômica, racial (Paho, 1996b; 1996b), relações de poder desigual e desigualdade de gênero (Paho, 1993; 1997) e a relação de todas as causas externas de morte com um contexto social marcado pela desigualdade, pela privação, pela pobreza e pelo desenvolvimento foram ressaltados (Paho, 1996a; WHO, 1994).

Essa corrente acabou por influenciar o organismo como um todo. Alguns estudos divulgados pela organização passaram a identificar a violência de maneira estrutural, como “expressão de poder, que aumenta a desigualdade social e de gênero” (WHO, 1997a; 1997b), mas ainda de modo intermitente, não constando nas decla-

rações gerais (WHO, 1997c, 1999a). Somente com a Declaração n.º 49.25, de 1996, a OMS (WHO, 1996) estabeleceu a violência como problema prioritário de saúde pública e definiu o conceito como

o uso intencional de força física ou poder, ameaçado ou real, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta em, ou tem uma alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, mau desenvolvimento ou privação (Daher *et alii*, 2002; Dahlberg & Krug, 2002; WHO, 1999).

Mas o avanço da compreensão do conceito de violência em suas múltiplas dimensões e a inclusão da palavra poder, como uma das formas de manifestação da violência, encontraram resistência e foram consideradas pouco efetivas. Sob a alegação de ser necessário um instrumental mais específico, prevaleceu a influência direta da violência apenas nas causas externas de morte intencionais e a tripartição tipológica destas em:

- i. pessoal (suicídio);
- ii. interpessoal (homicídio); e,
- iiii. coletiva (grandes grupos organizados, Estados ou nações) (WHO, 1999a).

Foi com essa perspectiva que, em 2002, a OMS publicou o primeiro relatório mundial, no qual consolidou essa tipologia da violência e seus correspondentes fatores de risco (WHO, 2002).

De acordo com a OMS, cada um desses tipos de violência apresenta subdivisões por sua natureza ou motivação:

- i. a pessoal é subdividida em automutilação (onde não há a intenção inicial de morte, independentemente de sua ocorrência) e comportamento suicida (onde há intencionalidade, independentemente de ocorrer ou não a morte);
- ii. a interpessoal é subdividida pelo grau de envolvimento entre a vítima e o agressor, em familiar (maus tratos infantis, violência sexual, abuso contra idosos) e social (homicídios em espaços públicos, como latrocínio nas ruas, homicídios no trabalho, entre outros); por fim,
- iii. a coletiva, subdivida em política (advinda de guerras e conflitos), econômica (que visam interromper as atividades econômicas) e social (terrorismo).

Essa tipologia e suas subdivisões podem ter facilitado a coleta de dados e as ações de prevenção paliativas para casos específicos, mas acaba por mascarar a profunda inter-relação entre violência, padrão de poder desigual e perpetração de uma relação social e econômica desigual, que determinam os fatores de risco identificados com os grupos mais vulneráveis por suas condições de gênero, idade, origem étnica ou racial, condição econômica e acesso aos serviços públicos.

Com relevantes exceções, nos estudos de epidemiologia sobre as desigualdades em saúde, prevalecem a análise e as decorrências do contexto desigual e sua relação com a renda (Coburn, 2015; Karlsson *et alii*, 2010; McCartney *et alii*, 2013; Pickett & Wilkinson, 2015; Rambotti, 2015) e outros fatores socioeconômicos, como educação (WHO, 2008), mas não o processo histórico, que reforça esse contexto, bem como as consequências de sua perpetração. Se a determinação social do processo, que originou, mantém e possivelmente agrava essa desigualdade, não for sistematicamente avaliada e dissecada, a interrupção evitável da vida humana de um determinado grupo será sempre maior que a de outro.

A partir de 2014, a OMS publicou novos relatórios em separado sobre suicídio (WHO, 2014b) e violência (WHO, 2014a). Nesses mais de dez anos que separam esses relatórios, a OMS passou, portanto, a tratar separadamente os causas externas de morte e de maneira regionalizada, limitando ou isolando as ocorrências e, consequentemente, minimizando o impacto dessas mortes, além de dificultar a associação com uma raiz causal mais abrangente, como o sistema econômico, por exemplo.

Da mesma forma, para análises do perfil epidemiológico comum aos casos de causas externas de morte, a OMS definiu um critério de associação:

- i.* pautado na relação direta com a violência, incluindo o homicídio, as guerras e os conflitos (WHO, 2010a; 2010b; 2014a);
- ii.* a considerar as mortes não intencionais, onde a violência ou não é apresentada, ou aparece como influência indireta (WHO, 2012; 2015); e, por fim,
- iii.* a examinar o suicídio, manifestação direta de violência, com destaque, na maior parte dos estudos, para a relação do fenômeno com as questões de saúde mental (WHO, 2014b).

De fato, mesmo ressaltando-se a importância dos determinantes sociais nos estudos sobre o suicídio, a corrente dominante da suicidologia ainda se baseia na

“estatística dos 90%” (em que 90% dos casos de suicídio estariam relacionados a problemas de saúde mental). De acordo com esse dado, a relação causal entre suicídio e saúde mental é dada como certa e o ponto de início obrigatório das ações de prevenção. Porém, o significativo aumento de certas taxas nacionais relacionadas à saúde mental e a desproporção do aumento dessas taxas internamente, entre grupos historicamente minoritários, têm revelado a necessidade de reavaliação desse diagnóstico, e da relevância dos aspectos ideológicos e políticos permeados nessa visão dominante do tema (Hjelmeland & Knizek, 2017).

Como o maior percentual de mortes relacionadas à saúde mental encontra-se nos países de alta renda (65,2%) – contra 34,8% nos países de baixa e média renda – e o número de mortes é proporcionalmente pequeno em relação aos demais casos de morte (cerca de 1% no total global), a atenção ao problema foi, por algum tempo, subdimensionada, especialmente no tocante aos países de baixa e média renda (Patel, 2007). Apenas quando se passou a observar o impacto dos problemas de saúde mental nos demais casos de morte (que chega a 12%), percebeu-se a necessidade de se reavaliar a associação entre causas externas de morte e saúde mental com a violência estrutural, especialmente observando as desigualdades socioeconômicas (Murray & Lopez, 1996) e as particularidades sociodemográficas dos países de baixa e média renda, onde o impacto é maior (Maselko, 2017).

Influenciados pelas análises psiquiátricas de Franz Fanon (2007) sobre os problemas de saúde mental no âmbito das guerras coloniais e seus efeitos, China Mills e Bhargavi Davar (2016) entenderam que a concentração e o impacto de questões relacionadas à saúde mental, acompanhada de uma perspectiva global de prevenção, revela um contexto histórico relacionado às origens do colonialismo, em que a psiquiatria serviu como ferramenta ideológica de legitimação da dominação. Essas autoras fazem parte da corrente crítica de pesquisa que investiga as diferentes doenças incapacitantes em países “em desenvolvimento”, geralmente associadas à baixa e média renda e geograficamente localizados no Sul Global (Grech, 2009; Grech & Soldatic, 2016), diante de uma perspectiva global de prevenção promovida e elaborada, muitas vezes, a partir da realidade, das estatísticas e da compreensão de pesquisadores oriundos dos países desenvolvidos.

Essa relação entre suicídio e colonialismo já havia sido ressaltada no I Relatório da OMS, em 2002, a considerar como um dos diversos fatores explicativos da diferença entre as taxas de suicídio dos indígenas da Austrália e do Canadá. O foco do relatório, contudo, recaiu sobre a abrupta confrontação cultural entre diferentes grupos étnicos (WHO, 2002). A questão da diferença cultural apareceu, então, dissociada do padrão de poder desigual, que igualmente afeta as relações de gênero e raça.

Tal premissa restou evidenciada pelos textos selecionados na revisão sistemática, apresentados no Quadro 2, onde as taxas de suicídio dos não brancos aparecem, ainda, diversas vezes mais elevadas do que as da população não indígena, tanto em países de baixa e média renda como em países de alta renda.

Desde Durkheim o suicídio foi apresentado como dissociado ou afetado de forma diferenciada das demais causas externas de morte pelas condições de renda, uma vez que há um alto índice de suicídio em países de alta renda (Durkheim, 2005). Porém, os atuais dados estatísticos, que indicam a concentração de casos de suicídio em países de baixa e média renda (Lemmi *et alii*, 2016), e mesmo em países de alta renda, nas áreas periféricas marcadas por um contexto de vulnerabilidade (Fazel *et alii*, 2012; Santana *et alii*, 2015), demonstram que todas as causas externas de morte podem apresentar a mesma raiz causal, baseada na violência estrutural.

O comportamento das taxas de suicídio, a última das causas externas de morte a se concentrar em países de baixa e média renda, revela, portanto, uma possível interseccionalidade de fatores de risco que necessita de um quadro teórico específico, a identificar certo tipo de violência como causa básica, até mesmo para outros casos de morte, em suas múltiplas formas indiretas – econômica, política e social.

A identificação dos grupos de risco pelo *momentum* em que as categorias analíticas se cruzam demonstra ser mais efetivo do que abordar as categorias isoladamente, quando se trata de reconhecer e fundamentar os fatores de risco (Carbado *et alii*, 2013; Crenshaw, 1991).

Considera-se aqui a interseccionalidade das relações de dominação como categoria teórica analítica, desenvolvida inicialmente no contexto das lutas das feministas negras, em que múltiplos sistemas de opressão se baseiam em relações de poder estruturadas sobre as categorias de raça, etnia, gênero, orientação sexual, corpo (enquanto capacitante social), classe e lugar. Essas categorias representam a multidimensionalidade da assimetria de poder oriunda do colonialismo (Grosfoguel, 2012), já identificada por Fanon e que está na base dos estudos pós-coloniais (Santos, 2007). Estes estudos mostram como a violência estrutural nos Estados modernos tem a sua origem nas formas de gerir, silenciar, oprimir e dominar as sociedades colonizadas, traçando assim uma forte simetria entre violência estrutural e colonialismo (Maldonado-Torres, 2007; 2016; Mignolo, 2011; Quijano, 1992; 2009; 2013).

Apenas promovendo políticas e instrumentos jurídicos que ressaltem as condições estruturais do racismo, do sexismo e das violências correlatas que se sobrepõem,

discriminam e afetam determinados grupos de risco é que se torna possível enfrentar o fenômeno do suicídio para além do foco da saúde mental.

O exemplo salvadorenho da criminalização do suicídio feminicida por indução ou apoio, único caso de legislação sobre o tema no mundo (El Salvador, 2010), é um avanço jurídico alcançado em virtude da identificação da violência estrutural como princípio motivador do crime que não se encerra no ou na suicida, mas que identifica e personifica o opressor externo a ele ou a ela. A constatação de transtornos mentais comuns – como a depressão ou dependência –, nesses casos, fortalece a comprovação de um padrão desigual de poder em detrimento da vítima suicida, não como causa original e intrínseca ao indivíduo (Corradi *et alii*, 2016).

Mas é possível definir o suicídio como uma patologia do poder de origem colonial? Ou seja, é possível identificar de forma clara a relação entre colonialismo, violência estrutural e suicídio? Pelo histórico da incidência de suicídio no mundo, não. As maiores taxas de suicídio estavam associadas a países de alta renda com desenvolvimento econômico avançado e consolidado, como o Japão (Andrés *et alii*, 2011) e a Alemanha (Blüml, 2013; 2017); atingia mais os homens do que as mulheres; mais os indivíduos inseridos em um contexto urbano, com maior acessibilidade aos serviços de saúde, do que os da área rural; mais os adultos do que os jovens ou idosos; mais os homens brancos do que não brancos.

A partir de uma análise agregada dos dados, acompanhada pelos Gráficos 1 e 2, essas máximas estariam mantidas ainda hoje. Por que, então, considerar o suicídio como uma patologia do poder?

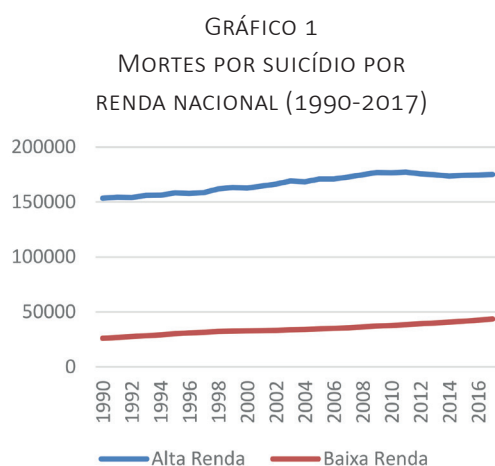
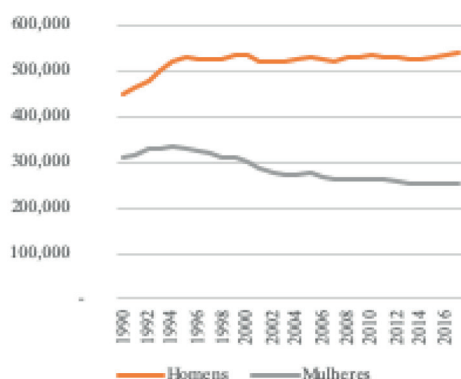


GRÁFICO 2
MORTES POR SUICÍDIO POR SEXO (1990-2017)



Fonte: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017), disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

GRÁFICO 3
MORTES POR SUICÍDIO (TOTAL) POR RENDA MÉDIA (1990-2017)

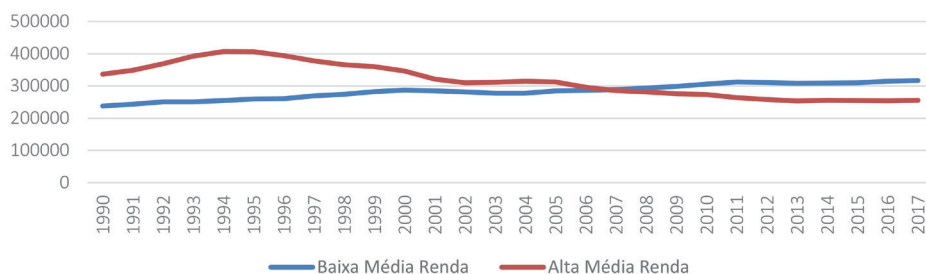
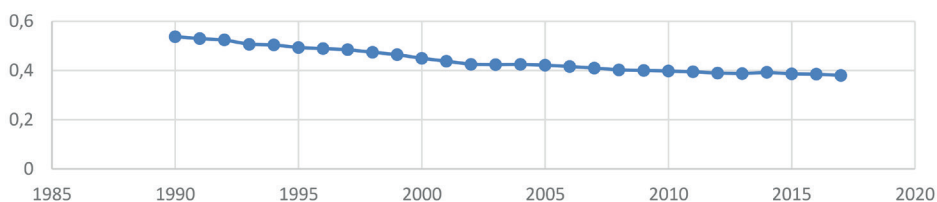
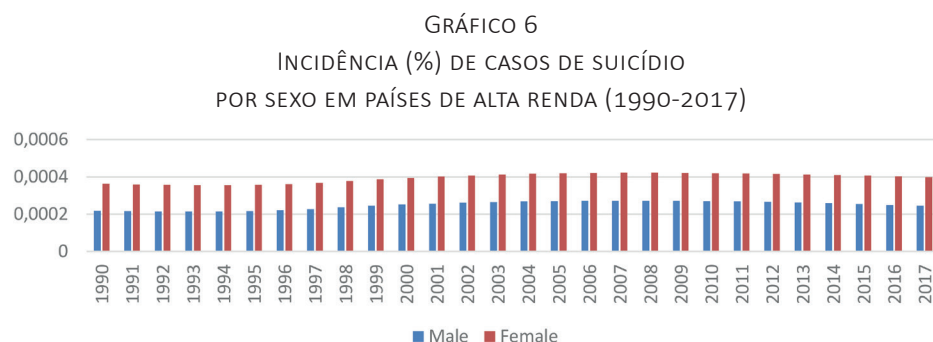
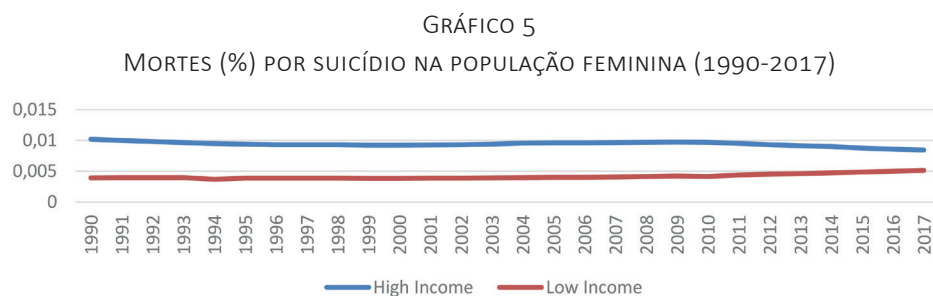


GRÁFICO 4
RAZÃO HOMEM/MULHER NO TOTAL DE
CASOS DE MORTES POR SUICÍDIO (1990-2017)



Os casos de morte por suicídio em números absolutos ocorrem mais em países de média renda e aumentaram entre os países de renda média-baixa, em relação aos de renda média-alta, conforme Gráfico 3. Juntos, esses países contaram com mais



Fonte: Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017), disponível em: <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>.

de três vezes (3,6 vezes), em média, a quantidade de casos de mortes por suicídio em países de alta renda, nos últimos 30 anos.

A razão do total de mortes por suicídio entre homens e mulheres diminuiu nos últimos 30 anos, conforme Gráfico 4. O percentual de casos de suicídio na população feminina aumentou nos países de baixa renda (PBR), conforme Gráfico 5 e nos países de alta renda a incidência (novos casos), em termos percentuais, foi maior entre a população feminina do que masculina, conforme Gráfico 6.

A incidência de casos de suicídio aumentou globalmente entre 1990 e 2017, especialmente entre as mulheres de 20 a 24 anos. Durante o ano de 2017, nos países de alta renda, a maior razão de incidência de mortes por suicídios ocorreu com mulheres entre 15 e 29 anos e nos países de baixa e média renda, entre os idosos do sexo masculino, conforme Tabela 2, abaixo.

TABELA 2

Razão de mortes por suicídio sobre o total de óbitos, por renda, sexo e idade (2017)

Faixa Etária	Gênero	Alta Renda		Alta Média Renda		Baixa Média Renda		Baixa Renda	
		Mortes (TS/TM)	Incidência (TS/TM)	Mortes (TS/TM)	Incidência (TS/TM)	Mortes (TS/TM)	Incidência (TS/TM)	Mortes (TS/TM)	Incidência (TS/TM)
10 a 14	Mulher	0,63	121,83	1,06	33,32	1,47	16,57	0,62	14,80
	Homem	1,18	32,35	1,35	16,26	1,39	9,36	1,66	9,68
15 a 19	Mulher	3,39	380,79	3,17	61,83	11,11	55,93	2,59	35,36
	Homem	9,30	136,59	6,86	37,41	6,98	27,24	5,29	28,72
20 a 24	Mulher	5,03	473,83	3,22	56,49	14,04	83,32	3,27	41,67
	Homem	18,47	221,54	11,91	44,22	15,89	43,53	10,75	41,00
25 a 29	Mulher	5,84	378,74	4,24	41,89	12,74	66,24	3,52	33,27
	Homem	20,48	216,83	14,13	42,18	17,75	48,85	12,05	40,61
30 a 34	Mulher	6,73	331,51	4,38	35,80	9,74	45,88	3,75	26,93
	Homem	21,38	192,72	15,47	41,52	19,75	48,18	12,60	38,83
35 a 39	Mulher	7,40	320,88	4,20	35,19	9,39	39,42	4,86	25,30
	Homem	22,62	179,63	15,70	41,67	20,00	47,96	15,04	41,14
40 a 44	Mulher	8,39	307,16	4,43	34,39	9,38	36,01	5,43	24,38
	Homem	25,64	161,72	14,50	38,65	19,31	46,50	17,69	43,77
45 a 49	Mulher	9,77	264,93	5,82	30,84	8,25	30,93	7,21	23,08
	Homem	28,93	133,21	14,89	35,62	20,23	42,53	22,39	45,44
50 a 54	Mulher	10,56	175,36	7,09	26,19	10,57	26,18	9,68	23,21
	Homem	31,44	98,71	16,56	34,66	19,18	39,58	28,01	49,55
55 a 59	Mulher	10,29	97,40	6,52	23,82	8,61	22,61	11,31	25,02
	Homem	32,74	73,06	17,89	37,88	22,73	39,37	33,61	55,55
60 a 64	Mulher	9,21	61,29	9,78	27,06	9,48	21,89	13,21	27,59
	Homem	30,27	58,40	20,55	42,33	20,89	39,66	37,50	64,06
65 a 69	Mulher	9,12	54,66	13,07	33,87	11,69	25,22	16,77	33,50
	Homem	28,92	55,89	25,58	52,00	23,33	42,40	48,79	80,49
70 a 74	Mulher	9,67	58,41	15,95	43,51	13,78	30,74	19,90	40,19
	Homem	31,78	61,41	29,80	62,91	24,53	48,45	60,85	101,66
75 a 79	Mulher	10,87	65,72	20,69	57,29	15,24	37,52	22,59	45,91
	Homem	38,28	72,40	38,92	78,31	32,16	58,83	76,08	123,65
80 <	Mulher	15,29	77,19	31,77	78,40	22,67	49,42	27,24	51,99
	Homem	55,81	101,33	55,55	97,59	49,98	79,32	108,35	157,55

Conclusão

Os estudos apresentados no Quadro 2, apesar da exígua presença de dados primários, puderam ser comparados, com base no protocolo da metodologia Prisma, pela similaridade na identificação de uma mesma raiz causal do fenômeno do suicídio. Pautada na violência estrutural, oriunda do colonialismo, essa raiz atinge grupos de risco específicos, por fatores de risco não associados previamente.

Um exemplo: os indígenas, anteriormente identificados como grupos de risco em casos de suicídio por questões culturais ou cosmológicas, passaram a ser observados como vítimas da violência estrutural, em contextos assimétricos de poder, em que uma profunda miscigenação, urbanização ou desenvolvimento econômico, não os identifica como tal. Da mesma forma, uma mulher vítima de suicídio pode, na verdade, ser observada como vítima de feminicídio.

Ao associar o colonialismo, o capitalismo, o heteropatriarcado (Santos, 2016) com a violência estrutural como determinações sociais e fatores determinantes na identificação de grupos de risco, tem-se uma nova forma de se abordar o fenômeno social do suicídio.

A sintetização dos resultados e dos conceitos-chave permitiu analisar o processo de concentração de casos de suicídio em países de baixa e média renda como decorrente da determinação social do suicídio, onde princípios democráticos, participativos e inclusivos aparecem como fatores protetivos e a assimetria de poder, a exclusão socioeconômica, a marginalização e a vulnerabilidade social como fatores de risco.

Grande parte dos estudos, provenientes de outras áreas do conhecimento, não aprofundam o que entendem por práticas ou princípios democráticos. Contudo, é possível perceber pela abordagem desses estudos frente aos efeitos do colonialismo – ao focarem na assimetria de poder e na violência estrutural, presente em ações de estados sob regimes considerados democráticos – uma visão crítica do conceito universalizante de democracia (Mignolo, 2014).

Nos estudos de caso apresentados no Quadro 2, por exemplo, entendeu-se que valorizar a cultura indígena é mais do que reconhecer e restringir um grupo a um determinado território, mas incorporar suas perspectivas à construção de práticas sociais e políticas que especificamente os atenda.

No início deste século, alguns estudos epidemiológicos assumiram a possibilidade de relação causal entre o aumento das taxas de suicídio e determinados regimes políticos, de forma mais direta do que fatores socioeconômicos (Blakely & Coilings, 2002; Page *et alii*, 2002; Shaw *et alii*, 2002; Stack, 2002). Em outros estudos, os princípios democráticos avaliados foram os propostos por certos organismos independentes como *Freedom House* e *Democracy Index* e apareceram como fatores relevantes sobre a associação entre o regime democrático e as taxas de mortalidade – como o suicídio –, porém com resultados aparentemente opostos (Chon, 2018; Franco *et alii*, 2004).

Para uma abordagem típica de intervenção na área de saúde, exige-se a identificação das pessoas com maior probabilidade de serem afetadas e quais seriam os fatores modificáveis que corresponderiam aos riscos ou aos fatores protetivos a que essas pessoas estão submetidas.

Mesmo diante desta literatura, onde fatores político-sociais foram identificados como forças relevantes para o suicídio, apenas fatores de nível individual (como a presença de doença mental) foram constantemente considerados como fatores de risco modificáveis, enquanto os fatores protetivos, mesmo que socialmente considerados, resumem-se ao acesso aos serviços e ao atendimento psiquiátrico e de saúde em geral.

O que os estudos selecionados na revisão sistemática proporcionam, mais do que por um ponto final quanto a possibilidade da correlação entre regime político e taxas de suicídio, é a necessidade de considerar a carga política, econômica e social de problemas comuns processados individualmente como fator de risco, devido a um processo histórico de exclusão e marginalização mantido por um contexto de violência estrutural e que, anteriormente, estavam imiscuídos ao nível individual de risco. O rigor destas análises, portanto, deve identificar histórica e socialmente as raízes desta carga política em suas origens coloniais.

Nesse sentido, é exatamente pela compreensão relacional do suicídio e dos problemas de saúde mental com a violência estrutural, perceptível pelos exemplos específicos dos estudos selecionados e corroborados pela evidência empírica da concentração de casos de morte por suicídio em países de baixa e média renda, que é possível definir o suicídio como uma “patologia do poder”, associando-o às consequências de um padrão de poder assimétrico, oriundo do colonialismo.

A revisão sistemática pela metodologia Prisma, ao focar no procedimento de identificação das determinações sociais e não apenas nos resultados específicos, permitiu a construção de um marco teórico que corrobora as observações estatísticas e a sistematização dos conceitos apresentada no Quadro 3.

Os dados acima – associados aos apresentados nos Gráficos 3, 4, 5 e 6 – indicam uma alteração no perfil epidemiológico das mortes por suicídio em grande parte dos países de baixa e média renda, nos últimos 20 anos, em relação à renda, ao gênero, à faixa etária, à raça, à etnia e à localização, compatível com a etapa do desenvolvimento econômico decorrente do processo histórico colonial.

Não mais homens brancos de condições econômicas elevadas correspondem ao grupo de risco que requer maior atenção. A alteração do perfil, marcada por uma

assimetria do poder, torna mulheres, idosos, jovens, não brancos, de menor renda, migrantes, residentes em localidades menos urbanizadas, mais vulneráveis e precárias como os principais grupos de risco em casos de suicídio.

Pela apresentação dos “fatores protetivos”, citados no Quadro 2, é possível afirmar que não basta a adoção de ações de prevenção que visem garantir e promover a vivência das diversas culturas, sendo necessária a adoção concomitante de políticas públicas inclusivas e da ampliação da participação social desses grupos na formulação e execução de políticas, de forma a dirimir as violências estruturais a que historicamente os grupos de risco estão sendo submetidos.

Da mesma maneira, a adoção de políticas de prevenção centrada nos determinantes sociais que afetam o fenômeno do suicídio por critérios meramente materiais – como renda, privação ou condição social – sem considerar o padrão de poder que os define e mantém excluídos e, que também transpassa as relações de sexualidade, gênero e raça – tende a não ser efetiva de forma estrutural.

Referências

- ANDRÉS, Antonio R.; HALICIOGLU, Ferda; YAMAMURA, Eiji. Socio-economic determinants of suicide in Japan. *Journal of Socio-Economics*, v. 40, n. 6, p. 723-731, 2011.
- ARROYO C., Gonzalo. Las comunidades rebeldes. Respuesta a unas interrogantes. *Revista Mensaje*, v. 17, n. 170, p. 275-280, 1968.
- BANTJES, J. *et alii*. Poverty and suicide research in low- and middle-income countries: systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. *Global Mental Health*, v. 3, p. e32, 13 Dez. 2016.
- BARRETO, Maurício Lima. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. *International Journal of Epidemiology*, v. 33, n. 5, p. 1132-1137, 2004.
- BERTOLETE, José Manoel; DE LEO, Diego. Global suicidemortality rates-a light at the end of the tunnel? *Crisis*, v. 33, n. 5, p. 249-253, Set. 2012.
- BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, v. 7, n. 2, p. 6-8, 2002.
- BLAKELY, T.; COILINGS, S. Is there a causal association between suicide rates and the political leanings of government? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002.

BLÜML, V. Antidepressant sales and regional variations of suicide mortality in Germany. *J. Psychiatr. Res.*, v. 87, 2017.

BLÜML, V. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS One*, v. 8, 2013.

BOTELHO, Rafael Guimarães; DE OLIVEIRA, Cristina da Cruz. Literaturas branca e cinzenta: Uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*, v. 44, n. 3, p. 501-513, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes metodológicas. Elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

CARBADO, Devon W. *et alii*. Intersectionality: mapping the movements of a theory. *Du Bois Review*, v. 10, n. 2, p. 303-312, 2013.

CHON, Don Soo. Democracy, autocracy, and direction of lethal violence: homicide and suicide. *Homicide Studies*, 29 Maio 2018.

COBURN, David. Income inequality, welfare, class and health: a comment on Pickett and Wilkinson. *Social Science and Medicine*, v. 146, p. 228-232, 2015.

CORRADI, Consuelo *et alii*. Theories of femicide and their significance for social research. *Current Sociology*, v. 64, n. 7, p. 975-995, 9 Nov. 2016.

CRENSHAW, Kimberle. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 1991.

DAHER, Michel *et alii*. *World report on violence and health*. Genève (CH): World Health Organization, 2002.

DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. *Violência: um problema global de saúde pública. Relatório mundial sobre violência e saúde*, p. 1163-1778. Genève: World Health Organization, 2002.

DENNEY, Justin T.; HE, Monica. The social side of accidental death. *Social Science Research*, v. 43, p. 92-107, 2014.

DUPUY, Kendra *et alii*. Trends in armed conflict, 1946-2016. Center for Security Studies. *Conflict Trends*, n. 5, p. 1-4, 2018.

DURKHEIM, Émile. *Suicide*. e-book ed. London: Routledge Classics, 2005.

EL SALVADOR. Decreto no 520 de 25 de noviembre de 2010. Asamblea Legislativa de la República, 2010.

FANON, Frantz. *The wretched of the Earth*. New York: Grove Press, 2007.

FARMER, Paul E. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, v. 45, n. 3, p. 305-325, 2004.

———. *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Princenton (NJ): Princenton University, 2003.

FARMER, Paul E. *et alii*. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 10, p. 1686-1691, 24 Out. 2006.

FAZEL, Mina *et alii*. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, v. 379, n. 9812, p. 266-282, 2012.

FEROZ, Anam; KADIR, Muhammad Masood; SALEEM, Sarah. Health systems readiness for adopting mhealth interventions for addressing non-communicable diseases in low – and middle – income countries: a current debate. *Global Health Action*, v. 11, n. 1, p. 1-6, 24 Jan. 2018.

FRANCO, Álvaro; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos; RUIZ, Maria Teresa. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ*, v. 329, p. 1421-1423, 2004.

FREDERIKSEN, Harald. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, v. 166, n. 3907, p. 837-847, 1969.

GALTUNG, Johan. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia. After Violence: 3R, Reconstruction, Reconciliation, Resolution. *Coping With Visible and Invisible Effects of War and Violence*, p. 1-14, 2009.

———. Três formas de violência, três formas de paz. A paz, a guerra e a formação social indo-europeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 71, p. 63-75, 2005.

———. A structural theory of imperialism- ten years later. *Millennium: Journal of International Studies*, v. 9, n. 3, p. 181-196, 1981a.

———. Western civilization: Anatomy and pathology. *Alternatives: Global, Local, Political*, v. 7, n. 2, p. 145-169, 1981b.

———. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação Prisma. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 2, p. 335-342, Jun. 2015.

GRECH, Shaun. Disability, poverty and development: critical reflections on the majority world debate. *Disability and Society*, v. 24, n. 6, p. 771-784, 2009.

GRECH, Shaun; SOLDATIC, Karen. Disability in the global south. *The critical handbook*, 2016.

GROSFOGUEL, Ramón. The concept of “racism”. In: FOUCAULT, Michel; FANON, Frantz. Theorizing from the being or the nonbeing zone. *Tabula Rasa*, n. 16, p. 79-102, 2012.

GUERRERO, Rodrigo. Violence is a health issue. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 80, p. 10, 2002.

HJELMELAND, Heidi; KNIZEK, Birthe L. Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, v. 41, n. 8, p. 481-492, 2017.

HOFMAN, Karen *et alii*. Addressing the growing burden of trauma and injury in low-and middle-income countries. *American Journal of Public Health Hofman; Peer Reviewed; Global Health Concerns*, v. 95, n. 13, 2005.

HOVEN, C. W.; MANDELL, D. J.; BERTOLOTE, José Manoel. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *European Psychiatry*, v. 25, n. 5, p. 252-256, 2010.

IEMMI, Valentina *et alii*. Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review xrticle (accepted version) (refereed). *The Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 18, p. 774-783, 1 Ago. 2016.

JEFFRY P. MCKINZIE. Injury and global health. Understanding global health. 2. ed. *McGraw-Hill Medical*, 2014.

KARLSSON, Martin *et alii*. Income inequality and health: importance of a cross-country perspective. *Social Science and Medicine*, v. 70, n. 6, p. 875-885, 2010.

KRUG, Etienne G.; SHARMA, Gyanendra K.; LOZANO, Rafael. The global burden of injuries. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 4, p. 523-526, 2000.

LAMPERT, Thomas *et alii*. Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. *Journal of Health Monitoring*, v. 3, p. 1-24, 2018.

LAUFER, Miguel. O que fazer com a literatura cinza? *Interciencia*, v. 32, n. 1, p. 7-17, 2007.

MALDONADO-TORRES, Nelson. *Colonialism, neocolonial, internal colonialism, the postcolonial, coloniality, and decoloniality. Critical terms in caribbean and latin american thought*. New York: Palgrave Macmillan, 2016.

———. On the coloniality of being: Contributions to the development of a concept. *Cultural Studies*, v. 21, n. 2-3, p. 240-270, 3 Mar. 2007.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et alii*. *Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. Saúde Brasil, 2010. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MASELKO, Joanna. Social epidemiology and global mental health: expanding the evidence from high-income to low- and middle-income countries. *Current Epidemiology Reports*, v. 4, p. 166-173, 2017.

MCCARTNEY, Gerry; COLLINS, Chik; MACKENZIE, Mhairi. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? *Health Policy*, v. 113, n. 3, p. 221-227, 1 Dez. 2013.

MCINNES, Matthew D. F. *et alii*. Preferred reporting items for a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *JAMA*, v. 319, n. 4, p. 388, 2018.

MIGNOLO, Walter D. Democracia liberal, camino de la autoridad humana y transición al vivir bien. *Sociedade e Estado*, v. 29, n. 1, p. 21-44, Abr. 2014.

———. *The darker side of western modernity - global futures, decolonial options*. London: Duke University Press, 2011.

MILLS, China; DAVAR, Bhargavi. A local critique of global mental health. In: GRECH, S.; SOLDATIC, K. (Orgs.). *Disability in the global south*, p. 437-451. Cham (CH): Springer, 2016.

MOTA DE SOUSA, Luís Manuel *et alii*. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, v. 1, n. 1, p. 45-55, 2018.

MUGGAH, Robert. *Counting conflict deaths. Briefing note to members of the inter-agency and expert group on SDG indicators*. London: Cornegie Endowment for International Peace, 2015.

MURRAY, Christopher J. L.; LOPEZ, Alan D. *Summary of the global burden of disease*. Boston (MA): Harvard University Press, 1996.

NANTULYA, Vinand M.; REICH, Michael R. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, v. 10, n. 1-2, p. 13-20, 2003.

NOCK, Matthew K. *et alii*. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, v. 30, n. 1, p. 133-154, 2008.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 731-757, 1 Dez. 2005.

OSINOWO, Adebawale; VERNE, Julia. *External causes of death*. London: British Library, 2011.

PAGE, A.; MORRELL, S.; TAYLOR, R. Suicide and political regime in New South Wales and Australia during the 20th century. *J. Epidemiol Community Health*, v. 56, p. 776-772, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo*. MSD17/FR. Washigton (DC): Paho, 1997.

———. *La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX. Comunicación para la Salud*. Washigton (DC): Paho, 1996a.

———. *Progreso en la ejecución del plan regional de acción sobre violencia y salud. Tema 4.5*. CE118/13. Washigton (DC): Paho, 1996b.

———. *Progreso en la ejecución del plan regional de acción sobre violencia y salud. Tema 5.4*. CD39/14. Washigton (DC): Paho, 1996c.

———. *Conferencia interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Bol. Oficina Sanit Panam*. Washigton (DC): Paho, 1995.

———. *Mensaje del Director. Bol Oficina Sanit Panam*. Washigton (DC): Paho, 1994.

———. *Violence and health. Provisional agenda item 5.11*. CD37/19. Washigton (DC): Paho, 1993.

———. Violence: a growing public health problem in the region. *Epidemiol Bull.*, v. 11, n. 2, p. 1-7, 1990.

———. *Special meeting of ministers of health of the Americas. Final report and speeches*. Buenos Aires (AR): Paho, 1969.

———. *Second International Sanitary Convention*. Washigton (DC): Paho, 1905.

PANNENBORG, Charles O. *A new international health order: an inquiry into the international relations of world health and medical care*. Alphen aan den Rijn (NL): Sijthoff & Noordhoff, 1979.

PATEL, Vikram. Mental health in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, v. 81-82, n. 1, p. 81-96, 6 Feb. 2007.

PETTERSSON, Thérèse; ECK, Kristine. Organized violence, 1989-2017. *Journal of Peace Research*, v. 55, n. 4, p. 535-547, 18 Jul. 2018.

PICKETT, Kate E.; WILKINSON, Richard G. Income inequality and health: a causal review. *Social Science and Medicine*, 2015

POMPILI, Maurizio. *Suicide: a global perspective*. e-book ed. Sharjah (UAE): Bentham Science Publishers, 2012.

PORTUGAL, Adílio Campos *et alii*. Artigo científico na área de saúde: diretrizes para sua elaboração e avaliação. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 17, n. 2, p. 265-271, 2018.

QUIJANO, Aníbal. El trabajo. *Argumentos*, v. 26, n. 72, p. 145-163, México (DF), 2013.

———. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (Orgs.) *Epistemologias do Sul*, p. 72-117. Coimbra (PT): Edições Almedina, 2009.

———. Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú Indígena*, v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992.

RAMBOTTI, Simone. Recalibrating the spirit level: an analysis of the interaction of income inequality and poverty and its effect on health. *Social Science and Medicine*, v. 139, p. 123-131, 2015.

RESTREPO, Helena E. Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios. *Bol. Oficina Sanit Panam*, v. 120, n. 4, p. 316-324, 1994.

RYLKO-BAUER, Barbara; FARMER, Paul E. *Structural violence, poverty, and social suffering*. v. 1. Oxford (UK): Oxford University Press, 2017.

SANTANA, Paula *et alii*. Suicide in Portugal: spatial determinants in a context of economic crisis. *Health Place*, v. 35, p. 85-94, 2015.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Epistemologies of the South: justice against epistemicide*. New York: Routledge, 2016.

———. *Más allá del pensamiento abismal. De las líneas globales a una ecología de saberes*. La Paz (BO): Clacso, 2010.

———. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 78, p. 3-46, 2007.

SELÇUK, Ayse Adin. A guide for systematic reviews: Prisma. *Turkish Archives of Otorhinolaryngology*, v. 57, n. 1, p. 57-58, 2019.

SHAW, M.; DORLING, D.; SMITH, G. Davey. Mortality and political climate: how suicide rates have risen during periods of conservative government, 1901-2000. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 56, n. 10, p. 723-725, 1 Out. 2002.

STACK, S. Political regime and suicide: some relevant variables to be considered. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 56, n. 10, p. 727, 1 Out. 2002.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 19 Mar. 2016.

VÄRNIK, Peeter. Suicide in the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 9, n. 3, p. 760-771, 2 Mar. 2012.

WORLD BANK (WB). *Battle-related deaths (number of people) | Data*. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/VC.BTL.DETH>>. Acesso em: 6 Jan. 2019a.

———. *Population, total | Data*. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?name_desc=false>. Acesso em: 6 Jan. 2019b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Suicide*. Genève (CH): WHO, 2018a. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 21 Out. 2018.

———. *World health statistics monitoring health for SDGs*. Genève (CH): WHO, 2018b.

- . . *Suicide – fact sheet*. Genève (CH): WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>>. Acesso em: 4 dez 2017.
- . . *Violence and injury prevention. Provisional agenda item 12*. WPR/RC66/7. Genève (CH): WHO, 2015.
- . . *Global status report on violence prevention*. Genève (CH): WHO, 2014a.
- . . *Preventing suicide. A global imperative*. Luxemburg (LU): WHO, 2014b.
- . . *Violence and injury prevention. Regional Committee for The Western Pacific. Resolution WPR/RC63.R3*. Manila (PH): WHO, 2012.
- . . *Injuries and violence. The facts*. Genève (CH): WHO, 2010a.
- . . *Violence prevention. The evidence*. Genève (CH): WHO, 2010b.
- . . *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social Determinants of Health. Genève (CH): WHO, 2008.
- . . *World report on violence and health*. Genève (CH): WHO, 2002.
- . . *Violence and health*. Kobe (JP): WHO, 1999a.
- . . *Violence prevention: an important element of a health-promoting school*. . Genève (CH): WHO, 1999b.
- . . *Prevention of violence*. Provisional agenda item 13. EB 99/INF.DOC./3. Genève (CH): WHO, 1997a.
- . . *Prevention of violence*. Provisional agenda item 19 A50/INF.DOC./4. Genève (CH): WHO, 1997b.
- . . *Prevention of violence*. WHA 50.19. Genève (CH): WHO, 1997c.
- . . *Resolution n. 49.25. Prevention of violence: a public health priority*. Genève (CH): WHO, 1996
- . . *First Inter-American Conference on Society, Violence, and Health. Epidemiological Bulletin*. Washington (DC): Paho, 1994.
- . . *Suicide and attempted suicide*. Genève (CH): WHO, 1974.
- . . *Prevention of suicide*. Genève (CH): WHO, 1968.

———. *Official records of the World Health Organization n. 94. First Report on the WHO 1954-1956*. Genève (CH): WHO, 1959.

———. *First report on the world health situation*. Eleventh World Health Assembly. Provisional agenda item 6.2. A11/P&B/6. Genève (CH): WHO, 1958.

———. *Official records of the World Health Organization n. 13. First WHO Assembly*. Genève (CH): WHO, 1948a.

———. *Regulation n. 1 regarding nomenclature* (including the compilation and publication of statistics) with respect to diseases and causes of death. Genève (CH): WHO, 1948b.

———. *Road traffic deaths*. Disponível em: <https://www.who.int/gho/road_safety/mortality/en/>. Acesso em: 6 Jan. 2019.

———. *Violence Info – homicide*. Disponível em: <<http://apps.who.int/violence-info/homicide/>>. Acesso em: 31 Jan. 2019.

———. *WHO mortality database*. Disponível em: <<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>>. Acesso em: 6 Jan. 2019.

